

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

IGOR ROBERTO BASSOLI

Impulsividade, fissura e comportamentos sexuais de risco
em usuários de cocaína

RIBEIRÃO PRETO

2023

IGOR ROBERTO BASSOLI

Impulsividade, fissura e comportamentos sexuais de risco
em usuários de cocaína

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade
de São Paulo, para obtenção do título de Mestre
em Ciências, Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Psiquiátrica.

Linha de pesquisa: Uso e Abuso de Álcool e
Drogas

Orientador: Sandra Cristina Pillon

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Bassoli, Igor Roberto

Impulsividade, fissura e comportamentos sexuais de risco em usuários de cocaína. Ribeirão Preto, 2023.

92 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Sandra Cristina Pillon

1. Impulsividade. 2. Fissura. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 4. Comportamento sexual. 5. Uso de cocaína/crack.

BASSOLI, Igor Roberto

Impulsividade, fissura e comportamentos sexuais de risco em usuários de cocaína

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Agradecimentos

Agradeço primeiramente, a Deus, por eu ter conseguido chegar até aqui, e ter sido meu auxílio em todos os processos da minha vida.

Aos meus familiares e amigos que sempre estiveram ao meu lado e me apoiaram em minhas decisões.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sandra Pillon, pela generosidade, apoio, inspiração e principalmente por ter me ensinado o conhecimento e o valor do que é ser humano.

Agradeço o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES).

Às Comunidades Terapêuticas que participaram do estudo, aos pacientes que colaboraram contando suas histórias de vida e aos funcionários que se esforçaram nas entrevistas com muito empenho e dedicação.

RESUMO

BASSOLI, I. R. **Impulsividade, fissura e comportamentos sexuais de risco em usuários de cocaína**. 92p. Dissertação (Mestrado em Ciências). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

O estudo teve por objetivo avaliar as possíveis relações entre impulsividade, fissura e comportamentos sexuais de risco entre usuários de cocaína. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa. A amostra foi composta por 80 indivíduos acolhidos em duas Comunidades Terapêuticas (CTs). Os instrumentos utilizados foram: Informações sociodemográficas, Escala de Impulsividade de Barrat (BIS-11); o Crack Craving Questionnaire – Brief (CCQ-B) e Questionário sobre uso de substâncias e comportamentos sexuais (SUSBS). Da amostra, todos eram do sexo masculino adultos, com baixas condições socioeconômicas, acolhidos há mais de um mês, usuários crônicos de múltiplas drogas, sendo as mais usadas: o álcool, a maconha, a cocaína e o crack. Os participantes foram classificados como altamente impulsivos (33,3%), com nível grave de fissura (67,9%), perda o controle sobre o uso de substância (70,5%), metade usava drogas para melhorar o desempenho sexual, 45% concordaram que o uso era para favorecer a atividade sexual e 43% consideraram o sexo indissociável do uso de substâncias. A fissura(CQB-B) foi associada com a impulsividade, mas não com o tipo de substância usada. Os resultados mostram a importância compreender e avaliar os entrelaces entre impulsividade, fissura e comportamentos sexuais entre usuários de substâncias psicoativas, assim como ir além da investigação desses problemas, com intuito de melhorar as práticas preventivas para os comportamentos sexuais de risco nas CTs.

Palavras-chave: impulsividade, fissura, transtornos relacionados ao uso de substâncias, comportamento sexual, uso de cocaína/crack

ABSTRACT

BASSOLI, I. R. **Impulsivity, craving and risky sexual behavior in cocaine users**. 92p. Dissertation (Master of Science). Faculty of Nursing at Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

The study aimed to evaluate the associations between impulsivity, craving, and risky sexual behaviors among cocaine users. This is a cross-sectional study, with a quantitative approach. The sample consisted of 80 individuals hosted in two Therapeutic Communities in the region of Ribeirão Preto, SP. Sociodemographic information, the Barrat Impulsivity Scale (BIS-11); the Crack Craving Questionnaire – Brief (CCQ-B) and, the Substance Use and Sexual Risk Behavior Questionnaire (SUSBS) were used. Of the sample, all were adult males, with low socioeconomic conditions, housed for more than a month, chronic users of multiple drugs, the most used being: alcohol, marijuana, cocaine and crack. Participants were classified as highly impulsive (33.3%), with a severe level of craving (67.9%), loss of control over substance use (70.5%), half used drugs to improve sexual performance, 45% agreed that use was to promote sexual activity and 43% considered sex to be inseparable from substance use. Craving (CCQB-B) was associated with impulsivity, but not with the type of substance used. The results show the importance of understanding and evaluating the links between impulsivity, craving and sexual behaviors among users of psychoactive substances, as well as going beyond investigating these problems, with the aim of improving preventive practices for risky sexual behaviors in TCs.

Keywords: impulsivity, craving, substance use disorders, sexual behavior, cocaine/crack use

RESUMEN

BASSOLI, I. R. **Impulsividad, ansia y conducta sexual de riesgo en consumidores de cocaína**. 92p. Disertación (Maestría en Ciências). Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

El estudio tuvo como objetivo evaluar las asociaciones entre la impulsividad, el deseo, y las conductas sexuales de riesgo entre los consumidores de cocaína. Se trata de un estudio transversal, con enfoque cuantitativo. La muestra estuvo compuesta por 80 personas alojadas en dos Comunidades Terapéuticas de la región de Ribeirão Preto, SP. Información sociodemográfica, consumo de drogas, Cuestionario de Conductas Sexuales y de Riesgo; la Escalade Impulsividad de Barrat (BIS-11); Se utilizó el Crack Craving Questionnaire – Brief (CCQ-B). De la muestra, todos fueron hombres adultos, de condición socioeconómica baja, alojados por más de un mes, consumidores crónicos de múltiples drogas, siendo las más consumidas: alcohol, marihuana, cocaína y crack. Los participantes fueron clasificados como altamente impulsivos (33,3%), con un nivel severo de craving (67,9%), pérdida de control sobre el uso de sustancias (70,5%), la mitad consumía drogas para mejorar el desempeño sexual, el 45% coincidía en que el uso era para promover la sexualidad. actividad física y el 43% consideraba que el sexo era inseparable del consumo de sustancias. El ansia (CCQB-B) se asoció con la impulsividad, pero no con el tipo de sustancia consumida. Los resultados muestran la importancia de comprender y evaluar los vínculos entre impulsividad, craving y conductas sexuales entre usuarios de sustancias psicoactivas, así como ir más allá de investigar estos problemas, con el objetivo de mejorar las prácticas preventivas de conductas sexuales de riesgo en las CT.

Palabras clave: impulsividad, ansia, trastornos por uso de sustancias, conducta sexual, consumo de cocaína/crack.

SUMÁRIO

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| Agradecimentos | 05 |
| Resumos | 06 |
| 1. Introdução | 10 |
| 1.1 Dependência e substâncias psicoativas..... | 16 |
| 1.2 Impulsividade | 21 |
| 1.3 Impulsividade e dependência..... | 26 |
| 1.4 Fissura..... | 30 |
| 1.5 Comportamento sexual de risco e abuso de drogas..... | 35 |
| 2. Justificativa..... | 41 |
| 3. Objetivo geral..... | 42 |
| 3.1 Objetivo específico..... | 42 |
| 4. Material e método..... | 43 |
| 4.1 Delineamento..... | 43 |
| 4.2 Local..... | 43 |
| 4.3 Amostra..... | 44 |
| 5. Critérios de elegibilidade e exclusão | 44 |
| 6. Instrumentos..... | 44 |
| 7. Aspectos éticos | 48 |
| 8. Procedimentos e coletas de dados. | 48 |
| 9. Análise estatística | 49 |
| 10. Resultados. | 51 |
| 10.1 Características sociodemográficas..... | 51 |
| 10.2 Uso de substâncias psicoativas. | 52 |
| 10.3 Nível de Fissura (<i>Craving</i>)..... | 54 |
| 10.4 Impulsividade..... | 55 |
| 10.5 Impulsividade e uso de substâncias | 58 |
| 11. Discussão..... | 61 |
| 12. Conclusão | 72 |
| 13. Limitação de estudo | 73 |
| 14. Implicações para prática..... | 73 |
| 15. Referências..... | 74 |
| Anexo I - (Termo de consentimento esclarecido) | 87 |
| Anexo II - Questionário..... | 88 |
| Anexo III - Escala de impulsividade Barrat (BIS-11) | 89 |
| Anexo IV - Cocaine/Craving | 90 |
| Anexo V - Questionário sobre uso de substâncias e comportamento sexual ... | 91 |
| Anexo VI - Parecer do CEP | 92 |

1. INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas tem sido crescente nas últimas décadas, mundialmente tem se destacado dentre os maiores problemas de saúde pública da atualidade, uma vez que as consequências relacionadas ao uso afetam não somente os indivíduos, mas também se estendem as famílias e as comunidades em geral, trazendo grandes consequências econômicas, de saúde e sociais, as quais necessitam de uma atenção especial voltada, sobretudo, aos riscos associados ao uso (*United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2022*).

De acordo com os dados desse relatório, com o crescente aumento na fabricação e a expansão na disponibilidade de cocaína e das drogas sintéticas em novos possíveis mercados, somadas a legalização da cannabis em alguns países indicam um aumento no impacto da saúde mental, e conseqüentemente resultará em uma importante lacuna na disponibilidade de tratamento para esses usuários (*UNODC, 2022*).

Os índices de uso e os problemas são elevados, em 2021, cerca de 284 milhões de pessoas em todo o mundo, ou seja, da população mundial entre 15 e 64 anos de idade fez uso de drogas pelo menos uma vez durante o último ano (*UNODC, 2022*). Esses índices já eram bastante consideráveis ainda antes do período pandêmico. Uma vez que em termos de gravidade, os dados mostraram que cerca de 31 milhões de pessoas que usam drogas sofrem por Transtornos relacionados ao uso de substância (TUS), o que representa um uso prejudicial a ponto de necessitarem de tratamento. Além disto, cerca de 450.000 pessoas morreram como resultado do uso de drogas em 2015. Dessas mortes, 167.750 estavam diretamente associadas a TUS, principalmente por overdoses. As demais foram indiretamente atribuíveis ao uso de drogas e incluiu mortes

relacionadas ao HIV e hepatite C adquiridas por meio de práticas de uso de drogas injetáveis de forma não segura (UNODC, 2018). Nesse sentido, alguns autores levantam a questão, se o uso de substâncias, principalmente o álcool, está sendo uma pandemia dentro da outra (DIEHL; PILLON, 2023).

Em anos anteriores, os dados do relatório do *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC, 2018) mostraram que a droga psicoativa do tipo estimulante mais utilizada nas Américas e Europa foi a cocaína. Estimando que essa substância foi consumida por 12 milhões de pessoas no mundo, o equivalente a 71% dos usuários de cocaína. Nas Américas, os dados indicam aumento de consumo para todos os derivados dessa substância (UNODC, 2018).

A América do Sul tem representado o continente de maior consumidor de cocaína no mundo (UNODC, 2018). No Brasil, existe uma prevalência no uso de cocaína, basicamente utilizada pela via aspirada. Desse modo, estima-se que 5,1 milhões de usuários utilizaram a droga por essa via de uso. Em segundo lugar está a cocaína fumada, como o crack, com 1,8 milhão de usuários. Por fim, a via de uso injetável já não tem sido uma forma de uso tão comum (ABDALA *et al.*, 2014). O Brasil está dentre os maiores mercados de cocaína no mundo, uma vez que a sua localização geográfica é privilegiada na rota de tráfico internacional, fazendo fronteira com países com destaque na produção dessa substância (UNODC, 2016).

Considerando a intensificação da prevalência da Aids/HIV, nos primórdios da década de 1990, a proporção de usuários de crack tem incrementado de 17% em 1990 para 64% em 1993 e até então a ideia de que o crack sumiria devido a mortalidade e comorbidade não passou de uma hipótese e tornou-se um fenômeno a ser estudado (DIMENSTEIN, 2000), essa forma de uso da cocaína

passou a ser disseminada no Brasil e substituindo até mesmo a forma de uso de injetável e aspirada para fumada por ser uma mistura combinada com bicarbonato de sódio e ter um preço muito acessível quando comparado a cocaína em pó. Seus efeitos no sistema nervoso central (SNC) segundo narrativa de usuários eram extremamente prazerosos, estimulantes e descreviam uma intensa fissura para usar novamente (*craving*) praticamente incontrolável quando estava utilizado (KESSLER; PECHANSKY, 2008).

Nas últimas décadas, o uso de cocaína (aspirada e fumada) e outras drogas têm se revelado uma tendência crescente e preocupante devido ao seu grande impacto social e na qualidade de vida dos usuários (UNODC, 2016). Resultando em elevados níveis de consumo, e grande circulação de seus derivados, o que representam uma das principais preocupações sociais da atualidade (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2013; ABDALA *et al.*, 2014; UNODC, 2016).

O Brasil foi apontado como o país que tem aumentado expressivamente os índices de consumo, em específico as drogas estimulantes como a cocaína, seja na forma intranasal (pó) ou fumada (crack) (UNODC, 2018). Um país considerado como uma das nações emergentes, onde o uso de cocaína (independentemente do tipo da via de administração) vem aumentando em comparação com outras nações como: Estados Unidos da América (EUA) e países europeus. As razões para as taxas de aumento foram justificadas pela: posição geográfica (vizinho de países produtores: Peru, Colômbia e Bolívia), população jovem (15 a 34 anos), o aumento das instabilidades econômicas e em relação ao maior poder de compra e diminuição do preço da cocaína. Assim, o Brasil tem ocupado o segundo lugar, como o maior mercado de cocaína da América do Sul. Por fim, estima-se que esse país possui o maior número de

usuários de crack do mundo, com cerca de quase um milhão de adultos, equivalente a 0,8% da população (ABDALLA *et al.*, 2014).

Em termos epidemiológicos e historicamente no Brasil, existem instituições que monitoram os dados epidemiológicos relacionados ao uso de substâncias, e que a única série histórica existente tem sido a do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) iniciada em 1987 e dada sequência em outras edições nos anos de: 1989, 1993, 1997, 2004 e 2010, que foi avaliado notório aumento do uso de cocaína e seus derivados ao longo dos anos, assim como doenças infecciosas decorrentes do sexo sem proteção nessa população específica (CEBRID, 2004).

Em termos de população geral, de acordo com o II Levantamento Nacional sobre Álcool e Drogas (II LENAD) foi observada a prevalências de uso da cocaína e do *crack* no Brasil, de uso na vida de cocaína aspirada de 3,9% e 1,5% de *crack*. Em relação ao uso no ano anterior à pesquisa, a prevalência de uso era bem inferior, de 1,7% para o de cocaína e de 0,8% de *crack* (ABDALLA *et al.*, 2014). Com destaque para a prevalência de indivíduos que se tornaram dependentes após um único uso foi de 0,6% e aumento para 41,4% entre os que a consumiram nos últimos 12 meses (ABDALLA *et al.*, 2014).

Os dados do III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD), de 2017, mostram que as substâncias de maior prevalência na vida foram: maconha, cocaína (pó), solventes e crack. No relatório foi destacado que o uso “últimos 30 dias anteriores” a prevalência de maior uso foi da maconha, utilizada por aproximadamente 2,2 milhões de indivíduos apresentaram uma estimativa maior em até cinco vezes maior que a

segunda substância mais consumida, que é a cocaína (pó) e o crack (BASTOS *et al.*, 2018).

Tem sido notório que o crack é usado por pessoas de diversas condições sociais, etnias, gêneros e idades, apesar de que as evidências apontam para uma predominância de jovens que usam esta droga (ABDALA *et al.*, 2014; DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008; FREIRE *et al.*, 2012). Os dependentes de *crack* independentemente de suas condições socioeconômicas, de modo que não apresentam diferenças em relação à intensidade e à frequência de uso da droga (FREIRE *et al.*, 2012). Também pode se notar um aumento de usuários de drogas com idade superior a 30 anos (UNODC, 2016).

Quando se compara as os usuários em termos de via de administração, (crack e cocaína em pó), os usuários de crack têm uma maior visibilidade social devido a um padrão de consumo grave, sua degradação, envolvimento em atividades ilegais, comportamento sexual de risco, com maior possibilidade de morar ou ter morado na rua, além de outros graves problemas sociais. (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008). É evidenciado as influências sociais sobre o perfil dessa população, corroborando uma visão estigmatizante, repressiva e criminalizante do usuário de crack (RODRIGUES *et al.*, 2018). Dentre a definição do transtorno por uso de substância (TUS), as condições de vida dos usuários de *crack* podem ser consideradas uma das maiores barreiras que dificultam a atuação dos profissionais das áreas sociais e de saúde e sua inserção nos serviços assistenciais.

Como mostra uma pesquisa realizada com 40 usuários de cocaína fumada (crack), 70% em tratamento em CAPS-ad, 12% já tinham passado por acompanhamento em unidades de saúde de referência haviam realizado

acompanhamento nas unidades básicas de saúde referência e 18% na rede social de apoio mostrou resultados importantes como: predominância da faixa etária de 30 a 39 anos de idade representando a metade da amostra e os demais uma maior idade, baixo nível de escolaridade (37%) com ensino médio concluído sendo um dado importante quando comparado a outros estudos. Não obstante, estudo realizado com usuários de cocaína hospitalizados identificou números discrepantes dos mencionados, com menores níveis de educação, justificando a desatenção e incompreensão da autorresponsabilidade para os estudos. Em outra perspectiva pode se notar que a cocaína ainda tem sido a substância usada por indivíduos de classe econômicas mais elevada (ANDRADE *et al.*, 2016), dentre outras razões constatadas como fator de risco para o uso de drogas destacaram-se a influência de amigos concomitantes com a curiosidade. Os dados sugerem ainda a importância da identidade de grupo como fator catalizador para o uso de substâncias (NAPPO, 2008). Estudo mostrou o perfil de usuários de crack revelando um grupo de jovens de baixa renda do sexo masculino e quando encontrada em indivíduos de classes mais elevadas, muitas vezes associados à comorbidades como transtornos de personalidade e de humor (KESSLER; PECHANSKY, 2008).

Em contrapartida, outra pesquisa de 1997 e 2013 revelou uma mudança no perfil sociodemográfico em usuários de cocaína e posteriormente de crack. Destacando que a idade de início de progressão da cocaína para o crack diminuiu para 21,5 anos, a escolaridade não era mais um fator de proteção, uma diminuição no tempo de uso, assim como pedido de tratamento, o envolvimento em atividades ilegais aumentou, e uma maior resiliência social em relação a emprego (PERRENOUD *et al.*, 2019).

1.1 Dependência de substâncias psicoativas

A dependência de substâncias é considerada uma doença crônica e recidivante do SNC, em que o uso continuado ocasiona modificações na estrutura e funcionamento desse órgão (LARANJEIRA, 2010). O que conseqüentemente, desencadeiam ou exacerbam comportamentos de natureza impulsiva que previamente quase não interferia nos diversos aspectos da vida dos indivíduos e suas relações familiares e sociais (LARANJEIRA, 2010).

Assim reforça-se que a composição desse problema dentre os graves problemas de saúde pública, altamente relacionado com problemas de comportamentos, situações de violência (com ou sem comportamentos violentos) e criminais, acidentes de trânsito e violência intrafamiliar, principalmente entre indivíduos com histórico de agressividade e graves conseqüências físicas e psiquiátricas, elevando de maneira drástica os índices de comorbidades e mortalidades (SCHEFFER; PASA; ALMEIDA, 2010).

“A dependência de drogas é um fenômeno biopsicossocial, englobando os componentes biológicos herdados nos transtornos de abuso de substâncias, mas este componente isolado não explica a complexidade do fenômeno em sua totalidade. Fatores psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais desempenham um papel relevante na causa, no curso e nos resultados do transtorno” (LARANJEIRA, 2011).

Nesse sentido, a dependência refere-se a um transtorno complexo e multifatorial do indivíduo, com padrões de comportamento alterados que influenciam tanto o estilo e a qualidade de vida como no modo individual de agir e tem profundas repercussões sociais. Assim, a dependência refere-se a um

conjunto complexo de sintomas, não a essência do transtorno. A vida cotidiana de um usuário tem sido marcada constantemente pela busca de drogas, com pensamentos, sentimentos e contatos sociais relacionados com o uso de drogas (DE LEON, 2003).

A compreensão desse fenômeno como doença crônica tem sido de crucial importância para compreender os modelos etiológicos existentes, diagnóstico, prognóstico, políticas na área de saúde e tratamento sendo comparada a outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como por exemplo, hipertensão, diabetes mellitus e asma. (LARANJEIRA *et al.*, 2015). De modo que, existem tratamentos disponíveis, porém com taxas de sucesso bem baixas, por ser uma doença crônica. Por outro lado, as taxas de reincidência ou recaídas são elevadas, o que faz parte do quadro clínico, representando um grande desafio para o tratamento (LARANJEIRA *et al.*, 2015). Uma leitura da dependência química e seus mecanismos de manutenção e produção é o reforço positivo, onde podemos definir pelo processo pela qual um estímulo (a substância) aumenta a probabilidade de respostas prazerosas artificiais. O reforço negativo refere-se a retirada ou evitação de qualquer estímulo associado as sensações negativas causadas pelos sintomas de abstinência e fissura (desejo incontrolável de usar a substância), em que uma nova dose proporcione alívio (CHAIM; BANDEIRA & ANDRADE, 2015). De modo que, o reforço positivo está associado ao conceito de impulsividade e um grande aumento da excitação antes do comportamento de busca e uso da substância, enquanto o reforço negativo é associado a compulsão de usar descontroladamente a substância em detrimento de todas suas consequências negativas, com a caracterização de evitar os

sintomas de ansiedade, estresse, e todos os sintomas relacionados a síndrome de abstinência (CHAIM; BANDEIRA, & ANDRADEw, 2015).

Outro elemento importante que devemos entender que o cérebro humano em sua evolução no sentido de manutenção da sobrevivência por recompensas imediatas (biológicas) quando comparado com a evolução do aparelho cortical, que modula comportamentos, por meio da emoção, cultura, vivência e que exerce a função de reflexão sobre a tomada de decisão não evolui tanto quanto o aparelho subcortical mais primitivo para manutenção da vida (GLIGIOTTI; GUIMARÃES, 2017).

Atentando para o fato que o sistema nervoso central sinaliza para o atendimento imediato das necessidades instintiva mais primitivas associando a comportamentos que trazem alívio. Assim, pode se entender que a parte mais sofisticada que é o córtex não está em sintonia com o aparelho subcortical primitivo causando conflitos. Portanto, essa diferença entre o modulador do comportamento humano no quesito harmonia e evolução pode causar distorção do processamento e tomada de decisão causando as chamadas “patologias da vontade” (GLIGIOTTI; GUIMARÃES, 2017).

De acordo com o DSM-V o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) é uma patologia do sistema de recompensa e prazer que pode ser ativado por todas as classes de substâncias, causando o reforço de comportamentos e associação de memórias. A intensidade da sensação de prazer (artificial) é tão intensa que as demais atividades deixam de ser prazerosas. A falta de autocontrole pode ser um problema ou deficiência no controle inibitório, que mostra que antes do transtorno pode-se notar comportamento de dependência, ou seja, repetitivos e desadaptados (dissociados do ambiente). Pode-se

classificar essa patologia em dois grupos: sendo que o primeiro, que refere-se ao TUS e outro são os transtornos induzido por substâncias como: transtorno bipolar, transtorno depressivo, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno de ansiedade, do sono e outros. No caso do TUS caracteriza-se por um grupo de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológico descritos de acordo com os critérios de diagnóstico do DSM-5 (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION [APA], 2014).

Critério 1 - "O indivíduo consome a substância em quantidades maiores ou ao longo de um período maior de tempo do que pretendido originalmente.

Critério 2 - O indivíduo pode expressar um desejo persistente de reduzir ou regular o uso da substância e pode relatar vários esforços malsucedidos para diminuir ou descontinuar o uso.

Critério 3 - O indivíduo dispense longos períodos de tempo na obtenção da substância, no uso ou na recuperação de seus efeitos. Em alguns casos de transtornos mais graves por uso de substância, praticamente todas as atividades diárias do indivíduo estão relacionadas ao entorno da substância.

Critério 4 - A fissura se manifesta por meio de um desejo ou necessidade intensos de usar a droga que podem ocorrer a qualquer momento, mas com maior probabilidade quando em um ambiente onde a droga foi obtida ou usada anteriormente.

Todavia, a fissura envolve condicionamento clássico e está associada à ativação de estruturas específicas de recompensa no sistema nervoso central. Nesse sentido, investigar a fissura ao perguntar se alguma vez o indivíduo teve uma forte necessidade de consumir a droga a ponto de não conseguir pensar

em mais nada. A fissura atual costuma ser usada como medida de resultado do tratamento uma vez que pode ser um sinal para a recaída iminente.

Critério 5 - O prejuízo social é o segundo grupo de critérios (Critérios 5-7). O uso recorrente de substâncias pode resultar no fracasso em cumprir as principais obrigações no trabalho, na escola ou no lar.

Critério 6 - O indivíduo pode continuar o uso da substância apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.

Critério 7 - Atividades importantes de natureza social, profissional ou recreativa podem ser abandonadas ou reduzidas devido ao uso da substância.

O indivíduo pode afastar-se das atividades familiares ou passatempos a fim de usar a substância. O uso arriscado da substância é o terceiro grupo de critérios (Critérios 8 e 9).

Critério 8 – O uso de substancias pode se tomar a forma de uso recorrente em situações que envolvem risco à integridade física.

Critério 9 - O indivíduo pode continuar o uso apesar de estar ciente de apresentar um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que provavelmente foi ocasionado ou exacerbado pela substância.

Uma questão importante na avaliação desse critério não é a existência do problema, e sim o fracasso do indivíduo em cessar o uso da substância apesar da dificuldade que ela está causando (DSM-5) (APA, 2014).

1.2 Impulsividade

Inicialmente é possível notar o conceito de impulsividade por diversas ênfases. Karl Jaspers e Nobre de Mello na tentativa de conceituar o termo coloca a vontade como o estado gravemente diminuído para determinadas situações (TAVARES *et al.*, 2007). Enquanto Yager e Gitlin afirmam o oposto, que a vontade aumentada de maneira patológica, também chamado de estados “maníacos” são desejos em grande intensidade com uma alta capacidade de tomar decisões em questões complexas (SQUILLACE; JANEIRO; SCMDT, 2011). Acontece que houve aparentemente uma omissão em diferenciar desejos e vontade pelos últimos.

Segundo Kant em 1974:

“...uma faculdade bem diferente do simples desejar; a saber (...) a faculdade de se determinar a agir com inteligência, segundo as leis da razão, independentemente dos instintos naturais” nos leva a reflexão da vontade estar direcionada a frear os desejos gerando até mesmo conflitos internos como “eu quero, mas não posso” (AMARAL, 2004).

As primeiras referências sobre de traços de impulsividade datam da Grécia Antiga e se confundem com algumas compreensões filosóficas e em grande parte com a psicologia da vontade. O conceito vontade foi elaborado a partir da combinação entre impulso, instinto, tendência, desejo e inclinação. No século XIX vários transtornos eram equiparados a estados impulsivos (BERRIOS, 1995).

Não existe uma definição exclusiva para a impulsividade embora mencionada no DSM-IV como base patológica e associada a diversos transtornos incluindo o TUS. O termo de origem francesa pode ser compreendido como uma ação precipitada sem julgamento consciente ou ação sem considerar as consequências (HINSLIE L. *et al.*, 1940).

A ideia da base patológica dos “impulsos” é discutida pela identificação tanto da síndrome de dependência quanto no transtorno de controle de impulso. Fazendo um paralelo no comportamento dependente pode-se identificar duas características: fracasso em recorrência do controle de comportamento e continuidade desse apesar das consequências negativas (SEIBEL, 2010).

A impulsividade pode ser compreendida como um desequilíbrio dinâmico entre as funções que estimulam o comportamento ou inibem o mesmo. O impulso ou desejo não apresenta alterações significativas, mas a inibição é pobremente estruturada causando perda de controle em determinados momentos. Em contrapartida, a função inibitória existe, porém, o impulso é intenso de forma recorrente, quebrando todo controle inibitório. A impulsividade também pode ser descrita como um traço de temperamento, componente hereditário ou estável de personalidade também adquirido por lesão no SNC (TAVARES *et al.*, 2007).

Nesse sentido, a impulsividade remete a um comportamento com pensamento inadequado, agir com menos premeditação que a maioria das pessoas com mesma habilidade, relacionando impulsividade com riscos, falta de planejamento e tomada rápida de decisões (MOELLER *et al.*, 2001). Por outro lado, a impulsividade também tem sido definida como um modo de agir sobre o impulso do momento como uma atividade motora, sem atenção na tarefa em

questão ou não pensar cuidadosamente sobre o que está fazendo (PATTON *et al.*, 1995).

O conceito de volição também deve ser considerado, quando se propõe a tratar o impulso como todo ato que não pode ser inibido ou controlado, sendo que não existe definição para impulso, instinto ou ato voluntário.

“O impulso primário, sem conteúdo e sem direção, o instinto natural que tende inconscientemente a um fim e o ato de vontade que produz representações conscientes de finalidade, com conhecimento dos meios e das consequências” (JASPERS K. 1973).

Assim, o processo decisório possui quatro fases: a primeira refere-se a fase da intencionalidade ou propósito (impulsos, desejos e medos); a segunda é a deliberação (o indivíduo pensa sobre as consequências); a terceira fase, a decisão (o início do ato/ação) e última fase é a execução de comportamentos para atingir um determinado objetivo (NOBRE, 1979).

Freud tratou o instinto ou impulso como pulsão do aparelho psíquico inconsciente. Para Freud, 1915, a energia pulsional, o autor destacou como uma energia com objetivo de ser externalizada com propósito de satisfazer o próprio instinto pulsional mais interno/primário para um alvo, ou seja, um objeto em que a pulsão tem uma finalidade de satisfação, ocorrendo todo esse processo de maneira somática e o inconsciente sendo a fonte. A pulsão/instinto de vida (Eros) e pulsão/instinto de morte (Tanatos) é uma divisão utilizada por Freud e de grande valia para a compreensão atual do fenômeno, pois a compreensão atual

de dois processos: a perda de controle sobre os desejos e apetites, e a perda de controle sobre ações ou comportamentos destrutivos (FREUD, 1915). Também pode-se entender que o comportamento impulsivo são ocorrências de falha no sistema inibitório mais primitivo determinado por emoções negativas básicas como: medo, euforia, tristeza, nojo e aversão, falha na inibição por parte da cognição: planejamento, ponderação e deliberação, assim como atividades mais complexas entre afeto e cognição com o adicional da empatia que está envolvido na condução através de valores do sujeito na sociedade (TAVARES *et al.*, 2007). A impulsividade é um fenótipo complexo caracterizado por diferentes padrões cognitivos e comportamentais que levam consequências disfuncionais imediatas e em médio ou longo prazo. Muitos transtornos têm a impulsividade como uma manifestação intensa (MOLLER *et al.*, 2001). A impulsividade caracteriza-se ainda como um conjunto de comportamentos multidimensionais complexos (DOM *et al.*, 2007), relacionada entre outras características, à inabilidade para o atraso de gratificação, devido a prejuízos na autorregulação do comportamento, bem como, da cognição (CORREA *et al.*, 2010). Podem envolver episódios de agressividade e situações de violência (DEL-BEN, 2005) e comportamento social negligente (WU *et al.*, 2009). Pesquisas mostraram autorrelatos de traço impulsividade positivamente relacionada com fissura em dependentes de cocaína e de metanfetaminas (TZIORTZIS *et al.*, 2011), mulheres em tratamento para dependência de drogas (SOARES *et al.*, 2011) e as comorbidades (depressão e ansiedade) são comuns, bem como homens com diagnóstico de dependência e fumantes ativos (DORAN *et al.*, 2009).

Em geral, indivíduos com maior nível de impulsividade tendem a experimentar mais intensamente a fissura, nos transtornos relacionados ao uso

de substância. Entre os diversos traços de personalidade, impulsividade representa um dos traços mais importantes associados ao TUS e o comportamentos sexuais e dependência de sexo (PERRY *et al.*, 2013). Impulsividade é considerada como um traço de personalidade que pode afetar o comportamento em diversos aspectos da vida, de atividades recreativas e importantes tomadas de decisão. Prejuízos na autorregulação do comportamento refletem deficiências no funcionamento executivo e tomada de decisões (ALVAREZ-MOYA, 2011) refere-se a uma falha de acolher e avaliar informações antes de tomar uma decisão.

Além disso, a impulsividade em nível elevado está associada a diversos problemas de saúde mental, o desenvolvimento e manutenção do uso de substâncias e a dependência, dificuldades interpessoais e sociais envolvimento em situações de violência, delinquência juvenil, criminalidade e comportamento sexual de risco, tais como o não uso de preservativo, gravidez não planejada, múltiplos parceiros sexuais, colocando os em risco de contrair o HIV/AIDS e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (MOEELER, 2001).

Destaca-se a impulsividade como uma construção multidimensional (CREAN; DE WIT; RICHARDS, 2000) associada ao envolvimento em comportamentos sexuais de risco. Explicada por três domínios da impulsividade, ou seja: 1) impulsividade espontânea-precipitada, definida como comportamento impetuoso ou agir sem considerar as consequências, 2) preferência por uma recompensa imediata em detrimento do futuro, recompensas maiores (ou seja, desconto atrasado), e 3) impulsividade cognitiva ou distração, definida como uma medida em que um indivíduo não pode permanecer na tarefa (MULLANE, CORKUM, 2007).

As relações entre a impulsividade, perspectiva de tempo, incapacidade de tolerar o atraso na gratificação, a disfunção fronto-temporal, busca de novidade, traços de personalidade mal adaptativos e assumir riscos estão presente em usuários de drogas (crack e metanfetamina) e outros comportamentos dependentes (MACKILLOP *et al.*, 2016).

Em termos neurobiológicos e neuropsicológico o nosso SNC mais primitivo, subcortical, tem por objetivo a manutenção da vida e dos instintos mais primários e se conecta a um córtex sofisticado que tenta regular ou modular os comportamentos por meio das emoções, cultura, experiência de vida, mas precisamente ao que chamamos de razão. Não dá para compreender as patologias da “vontade” sem compreender o vetor, sem levar em conta as influências. A tomada de decisão de um indivíduo acontece quando esse organismo em um determinado ambiente e sobre a influências de estímulos externos e internos ao organismo se posiciona em dois níveis, que trabalham entre si, um para obter o prazer e gratificação imediata (recompensa) e outra no distanciamento da “punição” que tem uma valência como a da recompensa, e por outro, o impacto das nossas reações/respostas ao estímulo que sejam favoráveis ao futuro (GLIGIOTTI; GUIMARÃES, 2017).

1.3 Impulsividade e dependência

Os transtornos disruptivos de controle de impulsos e conduta incluem certas condições específicas envolvendo problemas de autocontrole, regulação da emoção e dos comportamentos que se manifestam exclusivamente em um

espectro de diversos sintomas. Assim, ressalta-se a base patológica da “impulsividade” em acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID) está incluída em um espectro externalizantes que associa dimensões da personalidade tanto quanto sua desinibição e retraimento e em menor grau afetividade negativa. Essas dimensões podem explicar o alto nível de comorbidade para transtorno de “Abuso de Substâncias” e transtorno de personalidade antissocial. Ademais, os transtornos que já fazem parte dessa base são: transtorno de oposição desafiante, transtorno explosivo intermitente, transtorno de conduta, transtorno de personalidade antissocial, piromania, cleptomania, outros transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta não específico (APA, 2014).

Estudo descreve que a impulsividade e o transtorno de conduta como traços de personalidade que estão intimamente relacionados ao uso de drogas. Existe uma dificuldade de compreender este traço como algo que antecede a síndrome de dependência ou que ocorra como consequência a síndrome ao uso de drogas. Algumas hipóteses sugerem que o uso de drogas a longo prazo prejudica as funções de controle no pré-córtex frontal e os circuitos límbicos levando a uma perda de inibição ou impulsividade. Porém existem poucas evidências de que o uso de cocaína e outras drogas estimulante a longo prazo podem levar a um comportamento impulsivo. Existem diferenças em traços comportamentais e fisiológicos em pessoas que usam drogas, mas que foram sustentadas por evidências de estudos realizados com animais. Esse estudo avaliou as altas taxas de cocaína usada em ratos com traços impulsivos resultariam em algum tipo de prejuízo em comparação com ratos não impulsivos (DALLEY *et al.*, 2007).

Estudo com base neurobiológica realizada com camundongos mostrou que uma redução no funcionamento do Sistema de Recompensa Cerebral (SRC) quando em abstinência se relacionam a esta alteração como um importante fator motivacional que influencia o *craving* (fissura) e com o decorrer do tempo a intensidade diminui quando não se utiliza a substância. Nesse caso, pode-se definir como uma hipersensibilização na ausência na droga (EPPING *et al.* 1998, ARAUJO *et al.*, 2008).

A impulsividade é um aspecto salientado no início da síndrome de dependência e quando associado com a compulsão exerce um alto grau de importância no comportamento automatizado para busca e uso frenético da substância de uso (MCLELLAN, 2006). A compulsão e impulsividade coexistindo forma um estágio avançado de comportamento dependente que irá compor um ciclo de três estágios na síndrome de dependência química: intoxicação, abstinência ou estado emocional negativo e preocupação e antecipação que interagindo entre si, intensifica e transforma o comportamento em algo tão patológico que desafia os tratamentos existentes (VOLKOW, 2006).

O *craving* também conhecido como fissura, definido como um desejo intenso de usar a droga de preferência, um desejo de experimentar os efeitos da substância, impulso irresistível de consumir a droga de preferência, energia subjetiva, pensamento obsessivo, alívio para sintomas de abstinência, expectativa de desfecho positivo de uso, um processo de avaliação cognitiva ou processo cognitivo não automático. Todas essas definições sugerem uma grande necessidade de estudos para compreender esse constructo (VOLKOW; KOOB;MCLELLAN, 2016; ARAUJO *et al.*, 2008).

Em outra análise, pode se ter a ideia de que a impulsividade não é um comportamento totalmente desadaptado, pois em algumas situações é necessário agir rápido. Porém com uma característica multifacetada para um constructo que influencia significativamente no comportamento compulsivo de usar drogas (ARAUJO *et al.*, 2008) Uma das características desse constructo é a impulsividade de “reflexão” que sugere que não se tem processado todos os estímulos relevantes do ambiente ou uma impulsividade de “ação” uma espécie de imediatismo de recompensa no comportamento. Pensando na impulsividade em todas suas características e com um leque de possibilidades podemos pensar em como usar esse constructo. As morbidades psiquiátricas como a síndrome de dependência que expressam esse constructo podem ser facilmente confundidas com a compulsão que se diferencia por não estar no conceito de controle inibitório, mas na ideia de falha no cancelamento do comportamento já iniciado, compulsão (DALLEY; ROBBINS, 2017).

Existem poucos estudos com amostras clínicas envolvendo indivíduos com dependência de drogas, principalmente na América-Latina, que têm avaliado a interface da fissura, impulsividade, comportamentos sexuais de risco e o consumo de álcool e drogas. Além da literatura ser incipiente, as opções de tratamento no Brasil são ainda precárias e o sistema público de saúde tem pouco inserido em suas práticas de modo sistemático, com instrumentos de avaliação que englobam essas questões. O que justifica a expansão de estudos nesta temática.

A relação entre a fissura e impulsividade é um aspecto paradoxal, caracterizado por um constructo psicológico composto por diversas facetas,

fortemente associadas ao uso nocivo de substância estimulante, síndrome de dependência e baixa adesão ao tratamento (MOELLER *et al.*, 2001).

1.4 Fissura (*craving*)

Em 1854 devido as diversas conceituações, a OMS com seu Comitê de Saúde Mental e de especialista em Saúde Mental definiu fissura (*craving*) como: desejo urgente ou incontrolável para usar uma substância. Também definiram que poderia ser dividido em desejo físico por parte da abstinência rigorosa pela substância, ou desejo simbólico como gatilho para uso e recaídas recorrentes (SANTOS; VECCHIA, 2018).

O termo *craving* (em inglês) tem sido utilizado no meio científico como uma tradução de fissura, definido como um desejo de repetir a experiência dos efeitos de uma determinada substância (APA, 2002), e mesmo um desejo de experimentar os efeitos da substância, impulso irresistível de consumir a droga de preferência, energia subjetiva, pensamento obsessivo, alívio para os sintomas de abstinência, expectativa de desfecho positivo de uso, um processo de avaliação cognitiva ou processo cognitivo não automático.

Todas essas definições sugerem uma grande necessidade de estudos para compreender esse constructo (ARAUJO *et al.*, 2008). “O *craving* (fissura) é o conceito mais antigo e estudo no âmbito da dependência de substâncias e pouco explorado em relação a drogas ou outros transtornos, devido a subjetividade individual das pessoas acometidas pelos transtornos aditivos. A literatura menciona os mesmos teóricos que descreveram inicialmente (ISBELL,

1955) o craving como estados de abstinência e mental relacionado as expectativas de resultados. Jellinek (1960) relaciona a perda de controle e compulsão impulsiva para o uso. Edward e Gross (1976) descreveram como um estreitamento de repertório, relevância de usar, tolerância, abstinência e consciência subjetiva da compulsão de usar. Esta última característica associa-se a fissura, a um desejo irracional de usar, quando ocorre a perda de controle” (MARLATT; DONOVAN, 2009, p.29).

O estado atual do conhecimento relacionado a fissura conduz a integração das teorias fisiológicas, de aprendizagem e cognitiva na dependência da droga. Um modelo transacional em que as respostas fisiológicas, a tolerância, as expectativas de resultados e/ou auto-eficácia intermedia a relação entre os relatos subjetivos de fissura e recaída na dependência de drogas deve ser testado em pesquisa futura (MARLATT; DONOVAN, 2009).

Estudo com base neurobiológica realizada em ratos mostrou em seus resultados que uma redução no funcionamento do Sistema de Recompensa Cerebral (SRC) quando em abstinência se relacionam a esta alteração como um importante fator motivacional que influencia o *craving* (fissura) e com o decorrer do tempo a intensidade diminui quando não se utiliza a substância. Nesse caso pode-se definir como uma hipersensibilização na ausência na droga (EPPING *et al.* 1998, ARAUJO *et al.*, 2008).

Em um estudo com método quase experimental, avaliou a fissura e o perfil antropométrico na alta hospitalar com 30 voluntários do sexo masculino internados e diagnosticados (CID-10) mostrou uma correlação negativa de intensidade moderada com o último uso, mas não foi possível correlacionar a quantidade, frequência de uso de crack, usado no início da internação. Os

resultados mostraram que a fissura não esteve ligada a quantidade de droga usada corroborando aspectos subjetivos nesse constructo. Entretanto, pode se notar que o tempo de abstinência tem impacto na intensidade da fissura (BALIBONT *et al.*, 2011). Em geral, os resultados indicaram que indivíduos com maior nível de impulsividade experimentam mais intensamente a fissura, em vários transtornos de uso de substância.

Entre os diversos traços de personalidade, impulsividade representa um dos traços mais importantes associados ao TUS e o comportamentos sexuais e dependência de sexo (PERRY *et al.*, 2013). Impulsividade foi considerada como um traço de personalidade que pode afetar o comportamento em muitos domínios da vida, de atividades recreativas e importantes tomadas de decisão. Prejuízos na autorregulação do comportamento refletem deficiências no funcionamento executivo e tomada de decisões (ALVAREZ-MOYA, 2011) refere-se a uma falha de acolher e avaliar informações antes de tomar uma decisão.

A relação entre a fissura e a impulsividade estão intimamente entrelaçadas e pode ser caracterizado por um constructo psicológico composto por diversas facetas, que está fortemente associada ao consumo excessivo de substância estimulantes, síndrome de dependência, visto que a presença de fissura pode levar à ocorrência de impulsividade e vice-versa. Essas drogas representam importante problema de saúde pública em muitos países, especialmente o uso de *crack* no Brasil. O uso da cocaína (aspirada/injetada) passou a ser gradativamente substituída pela sua forma fumada, com maiores prejuízos. Sabe-se que a violência representa porcentagem significativa entre a população de usuários de drogas, uma vez que a fissura ocasionada pela droga é tão intensa que os

pacientes podem apresentar condutas antissociais para a obtenção da droga (furto, roubo, assassinatos e prostituição) (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

A fissura - designada, popularmente, pelos usuários de substâncias no Brasil, com uma definição mais comum que se refere ao intenso desejo e incontrolável de utilizar uma substância (SANTOS; VECCHIA, 2018). A fissura é considerada um importante componente para a manutenção do uso prejudicial de álcool e/ou drogas, bem como de recaída ao consumo em períodos de abstinência ou não. Nesse sentido, caracteriza-se por ser um estado motivacional subjetivo influenciado pelas expectativas associadas a um resultado positivo, estado este que pode induzir uma resposta em que o comportamento desejado esteja envolvido (DORAN *et al.*, 2009). Os TUS estão frequentemente associados à impulsividade, podem ocasionar em elevados níveis e tipos de comportamento fatais e ameaças à vida, incluindo comportamentos agressivos (STOTTS *et al.*, 2007). Há uma crescente conscientização de que o uso da substância está relacionado à agressão e situações de violência em pacientes com dependência de cocaína (aspirada e fumada) (DEGENHARDT *et al.*, 2005; MURRAY *et al.*, 2008; DIEHL *et al.*, 2020).

Entender a agressão em usuários de cocaína, para obter uma melhor visão dos mecanismos subjacentes entre variáveis de personalidade, situacionais e comportamentos agressivos (BETTENCOURT *et al.*, 2006), mantém uma via instigante na pesquisa.

Em geral, ambos os efeitos psicofarmacológicos agudos e prolongados das substâncias desempenham um papel importante na iniciação e manutenção de agressão e violência por perturbar mecanismos neuropsicológicos tais como inibitórios controles (MULLANE; CORKUM, 2007). Evidência sugere que o

conceito de impulsividade, como um traço de personalidade, está fortemente interligado com o uso de substâncias e agressão e/ou comportamento violento (BJORK *et al.*, 2004). Assim, a impulsividade pode representar fatores de risco pré-mórbidos para a dependência de substâncias e outros comportamentos e ou transtornos mentais (KREEK *et al.*, 2005). Assim, a fissura é um importante constructo que pode estar associado ao uso de substâncias sendo considerada uma força motriz para a aquisição e autoadministração de álcool e outras drogas (VERHEUL; VAN DEN BRINK; GEERLINGS, 1999). Assim, impulsividade e a fissura são caracterizadas pela falta de inibição comportamental, que podem contribuir para exacerbações da agressividade. Indivíduos com elevados níveis agressividade apresentaram níveis elevados de fissura (CHIANG *et al.*, 2001) e a fissura está ainda associada a efeitos negativos com níveis mais elevados de agitação e diminuição da inibição comportamental, que constituem um risco elevado para agressão (CHIANG *et al.*, 2001).

Por fim, a impulsividade e a fissura estão associadas às maiores taxas de recaída, ao pior prognóstico e diversos comportamentos de risco em pessoas com TUS, mas a relação entre estes dois fenômenos tem sido amplamente subavaliada na área da dependência química (JOOS *et al.*, 2013). A impulsividade é um fator de vulnerabilidade importante para a dependência de substâncias. Impulsividade abrange diversos comportamentos mal planejados e excessivos, que resultam graves consequências (MOELLER *et al.*, 2001) e a perda do controle em relação ao TUS (JENTSCH *et al.*, 2014). Esses dois fatores, têm sido preditores de recaída após o tratamento (JOOS *et al.*, 2013).

1.5 Comportamento sexual de risco e abuso de drogas

O comportamento sexual abrange todas as atividades que gratificam as necessidades sexuais de um indivíduo (CHAWLA; SAKAR, 2019). Os comportamentos sexuais têm sido estudados no contexto das práticas sexuais, relações sexuais, saúde reprodutiva, IST e contracepção. Embora o comportamento sexual e a expressão da sexualidade sejam fenômenos normais, o contexto em que o comportamento sexual é expresso pode tornar o comportamento anormal ou de risco. Embora a literatura tenha estudado diversos comportamentos de risco, há considerações sobre a definição de "comportamento sexual de alto risco". O comportamento sexual de risco (que pode ser equiparado ao termo "comportamento sexual de alto risco") tem sido definido como atividades sexuais que expõem a pessoa ao risco de contrair IST, incluindo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), afetando assim a saúde. O foco dos pesquisadores nesse contexto tem sido principalmente a relação sexual desprotegida e o envolvimento em atividades sexuais com múltiplos parceiros sexuais (CHAWLA; SAKAR, 2019).

Há evidências de que os usuários de drogas compõem um grupo de elevada vulnerabilidade psicossocial, que necessita de atenção especial pelos profissionais dos serviços de saúde, devido às suas altas taxas de exposições a infecções, em específico aquelas transmitidas por comportamentos sexuais de risco (CARVALHO, SEIBEL, 2009). O consumo de cocaína e crack tem sido associado diretamente com a transmissão de HIV nessa população e os comportamentos de riscos mais observados são: sexo desprotegido devido ao

uso e a venda dos seus próprios corpos pela substância de preferência (DUALIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

Em um estudo realizado na cidade de Porto Alegre que acompanhou 138 usuários de cocaína por 18 meses para investigar os índices de HIV identificou baixo nível de escolaridade entre usuários, número de parceiros sexuais alto, sem proteção e sobre efeito da substância. Em um outro estudo no Rio de Janeiro com 675 homens de 18 até 50 anos de idade com sorologia negativa para HIV mostrou a vulnerabilidade para infecção relacionada a pobreza, baixa escolaridade e principalmente uso de cocaína e crack (DUALIBI; RBEIRO; LARANJEIRA, 2008), assim como no estudo comportamental (NAPPO *et al.*, 2004) entre mulheres revelou a prostituição como uma moeda de troca por substâncias e forte indicador para transmissão de IST.

Algumas mídias têm relatado o uso de crack em indivíduos de classe econômica mais alta, porém os estudos ainda são incipientes para corroborar tal afirmação. No entanto, a mídia na época da “epidemia do crack” considerou como sensacionalista, por não ter embasamento científico, mostrando apenas o seu aspecto econômico. O país estava economicamente bem e a substituição do crack por drogas mais potente chamadas de “*designers drugs*” implicou em uma diminuição de 60% no uso de crack, assim essa substância quando consumida por pessoas de alta renda seria devido a transtornos de personalidade e humor (KESSLER; PECHANSKY, 2008).

Em um senso realizado sobre uso de substâncias em 2015 na cidade de São Paulo metade da amostra (52,5%) fazia uso de substâncias ilícitas, 28,7% dos acolhidos em serviço de saúde público também fazia e tornou se comum entre indivíduos em situação de rua o uso de substâncias. No Rio de Janeiro 295

entrevistados que faziam uso de substâncias, 65,8% relatam fazer sexo com pessoas desconhecidas e 60,9% relataram que não usavam preservativos sobre efeito da substância. O uso de crack foi associado a múltiplos parceiros sexuais em um curto período, com altas taxas de ITS, que favorece a transmissão do HIV, corroborando outras pesquisas (BOSKA *et al.* 2018).

O comportamento sexual e envolvimento com substâncias tomou uma forte exposição advindo do movimento como Woodstock na década de 1960 a 1970 com uma romantização de algumas substâncias como: maconha, haxixe, mescalina, heroína e o ácido lisérgico (LSD) associando prazer, drogas, liberdade entre um milhão de pessoas que frequentavam este festival que simbolizava um movimento (DIEHL; VIEIRA, 2017).

A metanfetamina ou cristal, que também é uma droga estimulante, teve sua origem em meados de 1980, principalmente na América do Norte e países Asiáticos, associada a sexualidade, por estimular a libido e comportamentos sexuais de risco. Também é uma substância romantizada como todas as substâncias psicoativas e seu uso tem emergido como importantes problemas de saúde pública em alguns países desenvolvidos, principalmente nos EUA. O abuso dessa substância tem causado várias preocupações clínicas e psicológicas especialmente entre homens que fazem sexo com outros homens, uma vez que alguns comportamentos de risco, tais como sexo anal (homem que faz sexo com homem) desprotegido e compartilhamento de afins para o uso da substância que expõe ao risco de contaminação por HIV ou outras ISTs (DIEHL; VIEIRA, 2017).

A dependência de drogas estimulantes, em especial, tem sido caracterizada por uma forma de comportamento do impulsivo (JENTSCH *et al.*,

2014). O caráter abusivo e compulsivo do consumo do *crack* contribui para a fissura e busca intensa por uma nova dose (JENTSCH *et al.*, 2014).

Além disso, há de se ser considerada a teoria da expectativa, proposta por Dermen e Cooper (1994), de que um indivíduo espera a experiência de relações sexuais para ser melhorada e inibições sexuais a serem reduzidas. Isso faz com que a relação sexual sob a influência da substância para ser mais propensa a acontecer e ser mais arriscada. Em pesquisas, observa-se que homens que se envolvem em comportamento sexual de risco são mais comumente esperados para o aumento do prazer sexual sob influência de substância do que aqueles que não se envolveram em comportamento sexual de risco (WHITE *et al.*, 2009; YAN *et al.*, 2007).

Algumas hipóteses foram postuladas mostrando a associação entre transtornos de uso de substâncias, em geral, e comportamento sexual de risco. A relação entre comportamento sexual de risco e uso de substâncias tem sido hipotetizada em ambas as direções. Assim, o uso de substâncias pode preceder comportamento sexual de risco ou ocorrer subsequente a ele. O primeiro é exemplificado pela ingestão de álcool causando desinibição e levando ao comportamento sexual de risco, como as relações sexuais sem proteção (YAN *et al.*, 2007). O último, por outro lado, é explicado pelo ato de usar substâncias como um meio de melhorar/aumentar o prazer associado ao sexo (COOPER, 2006). Estudo prévio mostrou associação entre o uso de cocaína como preditor de comportamentos sexuais precoces e de risco (KANDEL; DAVIES, 1997). Outra hipótese é sobre um fator comum determinando ambos o uso de substâncias e os comportamentos sexuais de risco, por exemplo, fatores personalidade comum (impulsividade e busca de sensações) ou fatores

Familiares (conflitos familiares, abuso, negligência) (COOPER, 2006; CHARNIGO *et al.*, 2013).

Estudo realizado por meio de uma meta-análise envolvendo 87 estudos realizados para mensurar a associação entre o uso de substâncias e comportamento sexual de risco, define como "qualquer comportamento que aumenta a probabilidade de IST, incluindo ter relações sexuais desprotegidas, ter múltiplos parceiros sexuais, e ter relações sexuais com um usuário de drogas (ALMEIDA, 2020).

De acordo com os dados da OMS (2019), globalmente mais de um milhão de pessoas em todo o mundo estão sofrendo de ISTs, e cerca de 60% dos afetados são os mais jovens. Um dos fatores de risco importantes, como destacado no relatório tem sido o uso de drogas e as relações sexuais sem proteção. A OMS recomenda atingir a população de alto risco, que inclui os usuários de drogas, entre outros, para medidas preventivas (OMS, 2019).

Nesse sentido, evidências mostraram que o uso compulsivo de *crack* e troca de favores sexuais pela droga estão intimamente ligados, onde os usuários de *crack*, motivados pela fissura ou pela urgência em consumir a substância, "vendem" o seu próprio corpo para a obtenção da droga (NAPPO *et al.*, 2011; BERTONI *et al.*, 2014). A atividade sexual como moeda de troca para conseguir o *crack* envolve diversos fatores de risco e pode ser uma combinação muito perigosa. Muitas vezes, o usuário, "na impulsividade" para usar a droga, aumenta o número de parcerias sexuais e aceita manter relação sexual sem o uso de preservativos ou por pagamentos irrisórios, contribuindo para a repetição deste comportamento (NAPPO *et al.*, 2011; DIEHL, 2019). O uso de substâncias está altamente associado ao risco de infecção por HIV, ao aumento do número de

casos de AIDS e à disseminação de outras ISTs, uma vez que aumenta as chances de relações sexuais desprotegidas (BAO *et al.*, 2015).

Ao longo dos anos ativistas, educadores, profissionais de saúde e de diversas áreas relacionados a sexualidade vem relatando as IST e tentam relacionar aos comportamentos dos usuários de substâncias. As ISTs estão dentre as 10 primeiras causas de doenças entre homens e mulheres adultas em países em desenvolvimento (DIEHL; VIEIRA, 2017)

Pode-se usar como exemplo, a gonorreia que é considerada uma das principais causas de complicações reprodutivas em mulheres em seguida a transmissão do HIV. Considera-se factualmente que o uso de drogas está intimamente relacionado aos comportamentos sexuais de risco, pois ocasionam prejuízos a percepção e o julgamento crítico tornando as pessoas vulneráveis e suscetíveis a ter comportamentos sexuais de risco, como; sexo desprotegido (sem preservativo), gravidez não planejada, aquisição e transmissão de IST, HIV/AIDS, vítimas de abusos e violência devidos a compulsão e obsessão causada pelo uso a substância (FIGLIE *et al.*, 2015). Somados a isso, indivíduos com transtornos psiquiátricos são mais propensos a se envolver em comportamentos sexuais de risco, uma vez que tendem a usar substâncias para facilitar a socialização e as relações sexuais e são especialmente suscetíveis ao comprometimento do julgamento necessário para usar uma proteção de barreira. (MEADE; WEISS, 2007)

Por outro lado, há combinações entre o uso de substâncias e o seu comportamento sexual, no entanto, muito provável terão problemas num futuro próximo, principalmente no que concerne ao desenvolvimento de um padrão de dependência de álcool e drogas. Eles correrão maior risco de praticar sexo

desprotegido, de desenvolver disfunções sexuais associadas ao consumo de substâncias, o que favorece processos de recaída em dependentes químicos, tendendo a piorar o prognóstico e a recuperação destes (VIEIRA; DIEHL, 2011; DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019).

Nesse contexto, os usuários de substâncias psicoativas constituem uma população muito peculiar e particularmente complexa para o desenvolvimento de estudos, com a avaliação da fissura, impulsividade e os comportamentos sexuais e de risco na busca de melhores investimentos em intervenções terapêuticas, estratégias de prevenção e promoção de saúde (VIEIRA; DIEHL, 2011).

2. JUSTIFICATIVA

Evidências apontam que mesmo com limitações há uma diversidade de fatores que entrelaçam as relações entre fissura, impulsividade e os comportamentos sexuais em usuários de cocaína (fumada e aspirada) colocando ainda mais os usuários a diversos fatores de riscos, e principalmente as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e situações de violência, recaídas, abandono do tratamento e agravamento das condições de saúde física e mental.

A atenção às pessoas acometidas por uso de substâncias, devido à complexidade devem estar voltadas para a oferta de estratégias diversificadas na implementação de programas e principalmente, a promoção de saúde, com vistas a minimizar ou prevenir os fatores de riscos e as possíveis consequências, uma vez que envolve todas os aspectos da vida humana e é atualmente ainda representa um velho e novo desafio para os profissionais envolvidos.

Para tal, é de crucial importância a busca de conhecimento por meio de

evidências científicas para aprimorar o conhecimento nessa área de saúde mental, que é um tema muito relevante, frente ao aumento da demanda de usuários de substâncias nos serviços de saúde em todos os níveis de atenção e requer um olhar especial por parte dos profissionais envolvidos, em relação a esses agravos. Além disso, buscar conhecimentos baseados em evidências científicas contribui para a melhoria da qualidade da assistência, organização do serviço prestado, treinamento/capacitação profissional e as políticas públicas de prevenção e promoção de saúde voltadas para essa população.

3. OBJETIVO GERAL

Avaliar as relações entre impulsividade, fissura e comportamentos sexuais de risco em usuários de cocaína (fumada e aspirada).

3.1 Objetivos específicos

1. Avaliar as características sociodemográficas dos participantes
2. Avaliar os níveis de fissura em relação ao tipo de substância usada
3. Avaliar os níveis de impulsividade e o tipo de substância usada
4. Avaliar os comportamentos sexuais e o uso de substância
5. Avaliar as relações entre impulsividade, fissura e comportamentos sexuais entre os participantes.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Delineamento metodológico do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa.

4.2 Local

O estudo foi realizado em duas Comunidades Terapêuticas para dependência química, sendo uma em Ribeirão Preto e uma em Jaboticabal. Clínicas de Reabilitação no interior do Estado de São Paulo

A CT segue princípios baseados em relações humanas, que auxiliam no desenvolvimento pessoal, no “eu” social, buscando um encontro intrapessoal no sentido de auto aperfeiçoamento e reinserção social, seguindo uma subcultura com o objetivo de para reconstrução de uma qualidade de vida (DE LEON, 2009).

As CT são ambientes de acolhimentos, oferecem tratamento com o objetivo de atingir a abstinência total inicialmente em ambiente protegido, com uma abordagem de autoajuda na relação ao pares visando mudança de comportamentos e qualidade de vida. Tornou-se uma forma ampla e eficaz para pessoas acometida por TUS e comorbidades. Assim, nas CTs as drogas são consideradas como um sintoma de comprometimento da patologia, incapaz de manter-se abstinente, sendo disfuncional no âmbito social e interpessoal com condutas antissociais, ou seja, desaptado do ambiente (FLIGIE, BORDIM, LARANJEIRA, 2018).

Neste sentido, são caracterizadas por residências coletivas, que pressupõe a abstinência total de SPA. Geralmente estão localizadas em áreas rurais, com entrada voluntária para o seu acolhimento, e permanecer até que alcancem condições físicas e psíquicas para prosseguirem em suas trajetórias

de vida, sem o uso de drogas. O objetivo da passagem dos indivíduos por estas comunidades, portanto, é a superação dos sintomas físicos e psíquicos decorrentes do uso de drogas, bem como sua renúncia total a esta prática (SANTOS, 2014).

4.3 Amostra

A amostra foi composta por 80 indivíduos acolhidos em duas CTs para tratamento da dependência química, específicas para pessoas do sexo masculino e que apresentavam critérios de diagnosticados (DSM-5) para dependência de drogas e ao uso de múltiplas substâncias.

Nesse sentido, foram recrutados 84 indivíduos, todavia apenas dois recusaram o convite para participar do estudo e dois estavam impossibilitados, pois estavam em fase de ressocialização.

5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E EXCLUSÃO

Dentre os critérios de elegibilidade foram: ter idade igual ou maior que 18 anos, não possuir prejuízo cognitivo (avaliado pelo mini exame do estado mental MEEM) e possuir critérios de diagnóstico para transtorno por uso de substâncias (DSM-V).

Dos critérios de exclusão foram: apresentar sintomas de abstinência grave ou intoxicação aguda por uso de substâncias no momento da entrevista. Assim, como sintomas como: déficits cognitivos graves, quadro psicótico, ou qualquer

alteração de consciência, avaliado pelo exame de estado mental (MEEM).

6 INSTRUMENTOS

Um questionário foi elaborado contendo:

- **Informações sociodemográficas**

As características sociodemográficas foram avaliadas com base nas seguintes informações: idade, sexo, etnia relatada, estado civil, escolaridade, situação ocupacional, religião, renda e tempo de acolhimento na CT.

- **Informações sobre o uso de drogas**

Informações sobre o tipo de droga mais usada nos últimos três meses, como álcool, cocaína (aspirada), crack e outras drogas não descritas, as respostas são do tipo dicotômica (sim/não), tempo de uso.

- **Escala de Impulsividade de Barrat (BIS-11)**

É uma escala validada para a língua portuguesa, em adultos, no ano de 2010, composta por 30 itens que avaliam a impulsividade tem como base o modelo teórico de Ernest Barrat. Escala do tipo *likert* de 4 pontos: 1=raramente ou nunca, 2=de vez em quando, 3=com frequência e 4 quase sempre ou sempre. A pontuação da escala varia de 30 a 120 pontos e altos scores sinalizam comportamentos impulsivos. No presente estudo foi utilizada a seguinte classificação: até 51 pontos = altamente controlados; 52-71 pontos = normal ou sem problemas; 72 ou mais pontos = altamente impulsivo (VON DIEMEN et al., 2007). Os quais foram posteriormente recodificados para: até 71 pontos = Normal e 72 pontos ou mais =

Altamente impulsivo.

- **Crack Craving Questionnaire – Brief (CCQ-B)**

A versão brasileira da CCQ-B é uma escala *likert* de 7 pontos, que vai de “discordo totalmente” até “concordo totalmente”, cujo escore é obtido a partir da soma de pontos de cada questão, variando de 0 a 23 pontos ou mais. A versão brasileira foi validada por ARAÚJO, PEDROSO & CASTRO (2010).

O CCQ-B tem sido muito usado na prática clínica para mensurar a intensidade do craving (fissura), ou seja, a intensidade é um fator que faz com que o indivíduo acione um novo comportamento de busca para o uso da substância (SILVEIRA et al., 2006). A fissura ou (craving) é reconhecida como um sintoma central do espectro do transtorno por uso de substância, de tal importância, que foi incluída como item diagnóstico no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – version V (APA, 2014).

A escala original, *Cocaine Craving Questionnaire Now* (CCQ-Now), foi desenvolvida por Tiffany e colaboradores em 1993. A princípio o questionário possuía 45 itens com cinco domínios: o desejo de usar cocaína, a expectativa de resultado positivo, o alívio dos sintomas da abstinência aguda e seu afeto negativo, intenção, planejamento de comportamento para uso, assim com sua falta de controle de uso (TIFFANY et al., 1993). A versão foi testada e validada no Brasil em 2006 (SILVEIRA et al., 2006).

A versão de 10 itens que permite uma aplicação rápida com resultados úteis tanto para a clínica como para tal pesquisa foi utilizada na presente pesquisa. Essa versão reduzida foi avaliada em 247 usuários, usuários de cocaína internados, com alfa de *Cronbach* = 0.90, indicando ser um instrumento adequado para avaliar a fissura (*craving*) (SUSSNER et al., 2006).

Para uma mensuração do craving efetiva na avaliação e para o uso em tratamento de usuários de drogas, essa versão passou por uma adaptação transcultural para o português com o intuito de adequação da linguagem portuguesa exclusiva do Brasil (ARAÚJO *et al.*, 2011; ARAÚJO; PEDROSO & CASTRO, 2010). Posteriormente a uma validação semântica, avaliado quanto em suas propriedades psicométricas em usuários de *crack* hospitalizados.

O instrumento se divide em dois fatores (ARAÚJO *et al.*, 2011):

Fator 1 - relacionado ao *craving*, – somam-se todos os itens, exceto 4 e 7

Fator 2 - a falta de controle do uso de cocaína e *crack* - somam-se os itens 4 e 7 já invertidos (ARAÚJO *et al.*, 2011).

As respostas dos itens são do tipo *Likert* contém cinco pontos, que variam de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. A escala pode ser avaliada a partir de seu escore total (os itens 4 e 7 são invertidos e somados aos demais itens). A pontuação final do CCQ-*Brief* é obtida a partir da somatória dos pontos de todos os itens, compondo um escore total. Os pontos de corte da escala estão descrito a seguir:

Classificação e pontuação do CCQ-B – versão brasileira adaptada para o *crack*.

| CLASSIFICAÇÃO | PONTUAÇÃO | FATOR 1 | FATOR 2 |
|---------------|----------------------|----------------------|---------------------|
| Mínimo | 0 a 11 pontos | 0 a 7 pontos | 0 a 2 pontos |
| Leve | 12 a 16 pontos | 8 a 9 pontos | 3 a 4 pontos |
| Moderado | 17 a 22 pontos | 10 a 11 pontos | 5 a 6 pontos |
| Grave | 23 ou mais pontos | 12 ou mais pontos | 7 ou mais pontos |

Fonte: ARAÚJO *et al.*, 2011.

- **Questionário sobre uso de substâncias e comportamentos sexuais**

Um questionário desenvolvido e validado em Portugal por RIBEIRO (2004) em processo de validação transcultural no Brasil, apresentou bons índices de confiabilidade, com Alpha de Cronbach = 0,868 (PILLON, SELEGHIM e WAGSTAFF – in press 2022). Composto por 25 itens, com respostas do tipo *Likert*, que avaliam a relação entre o uso de drogas e a prática de comportamentos sexuais.

O questionário sobre uso de substâncias e comportamento sexual (SUSBS) possui itens que avaliam o uso da droga de preferência. Indicando o quão verdadeiro os itens descrevem a experiência, circulando o número que corresponde à descrição: as respostas são tipo *likert* formado por: discordo muito, discordo, neutro, concordo e concordo muito. Dos 25 itens, pode se ter a compreensão sobre os pensamentos, sentimentos, e comportamentos associados ao uso da droga de preferência, permitindo a verificação das associações e expectativa do prazer da droga com a sexualidade envolvida no uso da substância como avaliado na questão

7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Processo: 307.475-8 CAAE: 5 94178718.0.0000.5393). O estudo segue as normas e procedimentos éticos propostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa envolvendo seres humanos.

8 PROCEDIMENTOS E COLETA DE DADOS

Uma autorização formal foi solicitada aos coordenadores das CTs envolvidas no estudos. A coleta dos dados ocorreu de outubro de 2019 a março de 2021. As entrevistas foram realizadas de forma presencial em sala preservada, de acordo com normas técnicas de ambiente e ético para a aplicação dos mesmo em seres humanos. O agendamento foi realizado de acordo com a disponibilidade apresentada pelo coordenador responsável por cada CT. Cada entrevista teve duração em torno de 50 minutos e foi realizada por cinco pesquisadores devidamente treinados e em acordo com o cronograma da previamente estabelecido pela CT, respeitando as normas internas da instituição.

Todos os participantes foram orientados quanto ao objetivo do estudo, e sobre a participação voluntária, mediante a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo que uma via cedida ao participante.

9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para a dos dados utilizou-se o *Statistical Package Social Science (SPSS) versão 19.0 for Windows*.

A análise descritiva está apresentada em frequência absoluta e relativa, média e desvio. Na análise inferencial foi utilizado o Teste Qui-Quadrado de Pearson (χ^2) foi utilizado para avaliar a associação entre as variáveis. Além disso, o teste de Mann-Whitney (Wilcoxon rank-sum test) foi utilizado para comparar os dois grupos não pareados (no caso, a Impulsividade – normal e altamente impulsivo) para se verificar se pertencem ou não à mesma população. Em todas as análises estatísticas foram considerados o valor de significância

$p < 0,05$, com Intervalo de Confiança (IC) de 95%

10 RESULTADOS

10.1 Características sociodemográficas

A tabela 1 apresenta os dados das características sociodemográficas dos 80 indivíduos usuários de substâncias psicoativa internados em Comunidade Terapêutica. Das características sociodemográficas, todos eram do sexo masculino, adultos com média de idade de 34 anos (Desvio padrão 9,6 anos) com variação entre 19 a 56 anos. Quase a metade possuía idade na faixa etária entre 30 a 39 anos (47,5%), Raça/cor de pele branca 36 (45,0%), desempregados 41 (51,3%) e possuíam baixo nível de escolaridade 47 (60,3%) com até 8 anos de estudo. Além disso, 59 (74,7%) não possuíam um companheiro, 38 (48,7%) professavam religião evangélica e 45 (59,2%) praticavam a religião. Um pouco mais que a metade dos indivíduos estava internado há mais que 30 dias na CT.

Tabela 1 - Informações sociodemográficas dos usuários de substâncias psicoativas acolhidos em Comunidade Terapêutica. (N = 80). Ribeirão Preto, 2021.

| | | N (%) |
|-------------------------------|-------------------------------------------|-----------|
| Faixa etária (anos) | 19-29 | 24 (30,0) |
| | 30-39 | 38 (47,5) |
| | > 40 | 18 (22,5) |
| Raça/Color da pele | Branco | 36 (45,0) |
| | Não Branco | 30 (37,5) |
| | Amarelo | 14 (17,5) |
| Estado marital | Sem companheiro | 59 (74,7) |
| | Com companheiro | 20 (25,3) |
| Anos de estudo | < 8 | 47 (60,3) |
| | > 8 | 31 (39,7) |
| Nível educacional | Analfabeto | 2 (2,5) |
| | Ensino Fundamental (Completo/ incompleto) | 31 (38,8) |
| | Ensino Médio (Completo/ incompleto) | 37 (46,3) |
| | Ensino superior | 10 (12,6) |
| Trabalho no último ano | Período integral | 24 (30,0) |
| | Meio período | 11 (13,8) |
| | Desempregado | 41 (51,3) |
| | Outros (bicos) | 4 (5,0) |
| Religião | Católico | 21 (26,9) |
| | Evangélico | 38 (48,7) |
| | Espirita | 6 (7,7) |
| | Nenhuma | 6 (7,7) |
| Pratica a Religião | Outras | 7 (9,0) |
| | Não | 31 (40,8) |
| | Sim | 45 (59,2) |

10.2 Uso de substâncias psicoativas

Em relação ao uso de substâncias, a maioria era usuário de múltiplas drogas, das substâncias usadas eram: 78 (97,5%) álcool, 73 (91,3%) cocaína aspirada, 67 (83,8%) maconha, 48 (60,0%) crack. Em menor proporção, outros tipos de substâncias não mencionadas, 18 (22,5%). Dados disponíveis na tabela 2.

Tabela 2 - Informações sobre a droga de maior uso por indivíduos usuários de substâncias psicoativas acolhidos em Comunidade Terapêutica. (N = 80).
Ribeirão Preto, 2021.

| | | N (%) |
|---------------------------------------------|-----|--------------|
| Álcool | Sim | 78 (97,5) |
| | Não | 2 (2,5) |
| Cocaína aspirada | Sim | 73 (91,3) |
| | Não | 7 (8,8) |
| Maconha | Sim | 67 (83,8) |
| | Não | 13 (16,3) |
| Cocaína fumada (Crack) | Sim | 48 (60,0) |
| | Não | 32 (40,0) |
| Outras substâncias não especificadas | Sim | 18 (22,5) |
| | Não | 60 (75,0) |

O tempo de uso de substâncias foi de 14 anos (mediana), sendo que dos usuários, 19 (24,1%) usavam drogas há menos que 10 anos, 38 (48,1%) entre 11 a 20 anos e 22 (27,8%) há mais que 21 anos. Dados apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Tempo de uso de drogas, segundo os usuários de substâncias psicoativas acolhidos em Comunidade Terapêutica. (N = 80). Ribeirão Preto, 2021.

| | | N (%) |
|----------------------------------|---------|--------------|
| | < 10 | 19 (24,1) |
| Tempo uso de droga (anos) | 11 - 20 | 38 (48,1) |
| | > 21 | 22 (27,8) |
| | Total | 79 (100,0) |

10.3 Níveis de Fissura

Dentre os usuários de substâncias, a maioria (78,2%) apresentou níveis moderado/grave na escala CCQ-B total, nível grave no domínio fissura (67,9%) e perda de controle (70,5%) (CCQB) (tabela 7).

Tabela 7 - Níveis de gravidade do Crack Craving Questionnaire – Brief (CCQ-B), segundo os usuários de substâncias em tratamento em Comunidade Terapêutica. (N = 80). Ribeirão Preto, 2021.

| | | N (%) |
|---------------------------------|----------------|------------------|
| CCQ-B total | Mínimo/Leve | 17 (21,8) |
| | Moderado/Grave | 61 (78,2) |
| Fissura (CCQB) | Leve/moderado | 25 (32,1) |
| | Grave | 53 (67,9) |
| Perda de controle (CCQB) | Leve/Moderado | 23 (29,5) |
| | Grave | 55 (70,5) |

Os dados da tabela 8 mostram que a posição da média de pontos da escala de Fissura e Perda de controle (CCQ-B) foi maior entre os usuários classificados como altamente impulsivos (BIS-11), ($p < 0,05$).

10.4 Impulsividade

Dos usuários, 25 (33,3%) apresentaram impulsividade em níveis altamente impulsivos (tabela 4).

Tabela 4 – Níveis de respostas da Escala de Impulsividade de Barrat (BIS-11), segundo os usuários de substâncias acolhidos em Comunidade Terapêutica. (N = 80). Ribeirão Preto, 2021.

| | n (%) |
|----------------------------|-----------|
| Normal/ Controlado | 52 (66,7) |
| Altamente impulsivo | 26 (33,3) |

Os dados da tabela 5 mostram que metade (50,0%) da amostra usaram a droga para melhorar o desempenho sexual, 46,3% para inibir o desempenho sexual, 45,0% concordaram que o uso era para favorecer o comportamento sexual de risco, e por fim, 43,0% consideraram que o uso de substâncias é indissociável do comportamento sexual.

Tabela 5 - Uso de substâncias e comportamento sexual (SUSBS), segundo os usuários de substâncias acolhidos em Comunidade Terapêutica. (N = 80). Ribeirão Preto, 2021.

| | | N (%) |
|--------------------------------------------------------------------|-----|-----------|
| Usa substância para melhorar o desempenho sexual | Sim | 40 (50,0) |
| | Não | 40 (50,0) |
| Usa substância para inibir o desempenho sexual. | Sim | 37 (46,3) |
| | Não | 43 (53,8) |
| Usa substâncias para favorecer os comportamentos sexuais de risco. | Sim | 36 (45,0) |
| | Não | 44 (55,0) |
| O uso de substâncias é indissociável do comportamento sexual. | Sim | 34 (43,0) |
| | Não | 45 (57,0) |

Ao comparar comportamentos sexuais e a impulsividade, nota-se que 18 (45,0%) foram classificados como altamente impulsivos e usavam a substância para melhorar o desempenho sexual ($p=0,025$). (Tabela 6)

Tabela 6 - Impulsividade (BIS-11), uso de substâncias e comportamento sexual (SUSBS), segundo os usuários de substâncias acolhidos em Comunidade Terapêutica. (N = 80). Ribeirão Preto, 2021.

| | | | | BIS-11 | | | Valor de p. |
|--------------------------------------------------------------------|-----|--|--|---------------------|-----------|------------|---------------|
| | | | | Altamente impulsivo | Normal | Total | |
| Usa substância para melhorar o desempenho sexual. | Sim | | | 18 (45,0) | 22 (55,0) | 40 (100,0) | 0,025* |
| | Não | | | 8 (21,1) | 30 (78,9) | 38 (100,0) | |
| Usa substância para inibir o desempenho sexual. | Sim | | | 13 (36,1) | 23 (63,9) | 36 (100,0) | 0,630 |
| | Não | | | 13 (31,0) | 29 (69,0) | 42 (100,0) | |
| Usa substâncias para favorecer os comportamentos sexuais de risco. | Sim | | | 15 (42,9) | 20 (57,1) | 35 (100,0) | 0,107 |
| | Não | | | 11 (25,6) | 32 (74,4) | 43 (100,0) | |
| O uso de substâncias é indissociável do comportamento sexual. | Yes | | | 14 (43,8) | 18 (56,2) | 32 (100,0) | 0,118 |
| | No | | | 12 (26,7) | 33 (73,3) | 45 (100,0) | |

Nota: Teste qui-quadrado. Valor de p <0,05*.

Tabela 8 – Impulsividade (BIS-11) e Crack Craving Questionnaire – Brief (CCQ-B), segundo os usuários de substâncias em tratamento em Comunidades Terapêuticas. (N = 80). Ribeirão Preto, 2021.

| | BIS-11 | N | Ranking das médias | Valor de p |
|------------------------------|---------------------|----|--------------------|---------------|
| Fissura (CCQB) | Normal | 51 | 34,98 | 0,046* |
| | Altamente impulsivo | 25 | 45,68 | |
| Perda controle (CCQB) | Normal | 51 | 34,75 | 0,030* |
| | Altamente impulsivo | 25 | 46,16 | |

Nota: Teste de Mann-Whitney U Test. Valor de p <0,05*.

10.5 Impulsividade e uso de substâncias

Na tabela 9, nota-se uma amostra homogênea quando se compara os níveis de impulsividade (BIS-11) entre os usuários de cocaína e crack.

Tabela 9 - Impulsividade (BIS-11) e uso de cocaína (aspirada e fumada), segundo os usuários de substâncias acolhidos em Comunidade Terapêutica. (N = 80). Ribeirão Preto, 2021.

| | BIS-11 | | Total | Valor de p. |
|--------------|--------|---------------------|------------|-------------|
| | Normal | Altamente impulsivo | | |
| Crack | Sim | 29 (63,0) | 46 (100,0) | 0,416 |
| | Não | 23 (71,9) | 32 (100,0) | |

| | | | | | |
|----------------|-----|-----------|-----------|------------|-------|
| Cocaína | Sim | 47 (66,2) | 24 (33,8) | 71 (100,0) | 0,779 |
| | Não | 5 (71,4) | 2 (28,6) | 7 (100,0) | |

Nota: Teste qui-quadrado. Valor de $p < 0,05^*$.

Os dados sobre os comportamentos sexuais e o uso de crack estão apresentados na tabela 10. Não houve diferenças entre os comportamentos sexuais de risco (SRBQ) entre os usuários de cocaína e de crack ($p > 0,05$).

Tabela 10 - Uso de crack e comportamentos sexuais de risco (SRBQ), segundo os usuários de substâncias em tratamento em Comunidade Terapêutica. Ribeirão Preto, 2021.

| | | Crack | | Total | Valor de p |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|--------------|------------|--------------|-------------------|
| | | Sim | Não | | |
| Usa substância para melhorar o desempenho sexual. | Sim | 23 (59,0) | 16 (41,0) | 39 (100,0) | 0,894 |
| | Não | 23 (57,5) | 17 (42,5) | 40 (100,0) | |
| Usa substância para inibir o desempenho sexual | Sim | 23 (62,2) | 14 (37,8) | 37 (100,0) | 0,506 |
| | Não | 23 (54,8) | 19 (45,2) | 42 (100,0) | |
| Usa substâncias para favorecer os comportamentos sexuais de risco. | Sim | 23 (63,9) | 13 (36,1) | 36 (100,0) | 0,351 |
| | Não | 23 (53,5) | 20 (46,5) | 43 (100,0) | |
| O uso de substâncias é indissociável do comportamento sexual | Sim | 21 (61,8) | 13 (38,2) | 34 (100,0) | 0,660 |
| | Não | 25 (56,8) | 19 (43,2) | 44 (100,0) | |

Nota: Teste qui-quadrado. Valor de $p < 0,005^*$.

Os dados sobre os comportamentos sexuais de risco e o uso de cocaína aspirada estão apresentados na tabela 11. A maioria dos usuários de cocaína

aspirada se diferenciaram na amostra por não usar a substância para inibir o desempenho sexual ($p < 0,05$).

Tabela 11 - Uso de cocaína e comportamentos sexuais, segundo os usuários de substâncias acolhidos em Comunidade Terapêutica. Ribeirão Preto, 2021.

| | | Cocaína (aspirada) | | Total | Valor dep |
|---------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------|----------|------------|-----------|
| | | Sim | Não | | |
| Usa substância para melhorar o desempenho sexual | Sim | 37 (94,9) | 2 (5,1) | 39 (100,0) | 0,249 |
| | Não | 35 (87,5) | 5 (12,5) | 40 (100,0) | |
| Usa substância para inibir o desempenho sexual | Sim | 31 (83,8) | 6 (16,2) | 37 (100,0) | 0,031* |
| | Não | 41 (97,6)* | 1 (2,4) | 42 (100,0) | |
| Usa substâncias para favorecer os comportamentos sexuais de risco. | Sim | 34 (94,4) | 2 (5,6) | 36 (100,0) | 0,344 |
| | Não | 38 (88,4) | 5 (11,6) | 43 (100,0) | |
| O uso de substâncias é indissociável do comportamento sexual | Sim | 31 (91,2) | 3 (8,8) | 34 (100,0) | 0,967 |
| | Não | 40 (90,9) | 4 (9,1) | 44 (100,0) | |

Nota: Teste qui-quadrado. Valor de $p < 0,005^*$.

11 DISCUSSÃO

O presente estudo buscou aprofundar os conhecimentos sobre as associações entre impulsividade, fissura e os comportamentos sexuais em uma amostra de usuários de cocaína (aspirada e fumada) acolhidos em CT. No Brasil, a prevalência de problemas relacionados ao uso de cocaína (aspirada e fumada) tem sido preocupante, as consequências sociais e de saúde são elevadas, estão contextualizadas no cenário de saúde pública (CZERMAINSKI *et al*, 2017). Destaca-se que a dependência de cocaína é um problema complexo e multifatorial, que afeta uma população bastante heterogênea, está associada a fatores biopsicossociais envolvidos com seu quadro e evolução (PINTO; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012).

- **Informações sociodemográficas**

Das características sociodemográficas foram observados predomínio do sexo masculino, adultos (30-39 anos), raça branca, desempregados, baixo nível de escolaridade, sem companheiro, que professavam religião evangélica e praticantes da religião. Um pouco mais que a metade dos indivíduos estava internado há mais que 30 dias na CT. (tabela 1).

Em termos de condições socioeconômicas, nota-se um grupo de indivíduos em situações socioeconômicas precárias, com repletas de fragilidades sociais (baixo nível de escolaridade, desempregados e sozinhos) e de saúde entre

os indivíduos em uso cocaína e crack, e com o uso de substância contribui ainda mais para o agravamento da vulnerabilidade dessa população. As condições precárias de vida, bem como, as elevadas desigualdades sociais, exercem efeito direto e indireto sobre a qualidade de vida e o bem-estar psicossocial desses usuários (UNODC, 2016). Em relação a esse perfil de usuários em nossa amostra tem sido descrito na literatura (BASTOS; BERTONI, 2014; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012; VAUGHN *et al.*, 2010).

O uso de drogas está cada vez mais associado as condições de vida, como pobreza, raça, desemprego, com precariedade nos vínculos familiares e determinantes sociais e de saúde empobrecidos conforme foram destacados na literatura (RIBEIRO, LARANJEIRA 2012; FALCK; WANG; CARLSON, 2008).

Em concordância com os estudos prévios, os usuários de crack remetem a um perfil sociodemográfico permeado por exclusão social, uma vez que são pessoas que vivem contextos de vulnerabilidade social, econômica e marginalização (SANTANA *et al.*, 2021), muitos em situação de desempregados ou exercendo trabalhos informais, com baixo nível de escolaridade, vivem sozinhos, ou seja sem companheiros, com ausência de suporte social, vitimados pela violência relacionada ao fenômeno do consumo de drogas, e mais vulnerável às consequências físicas e psiquiátricas resultantes desta interação (Almeida *et al.*, 2018; Ribeiro, 2010).

O abuso e a dependência de drogas têm ocasionado profundos impactos no âmbito da saúde com custos sociais e econômicos (RIBEIRO, LARANJEIRA 2012) e as reincidências são associadas também a fatores de risco intrapessoal como: estresse, solidão, ausência de perspectivas futuras, locais associados a droga (FARRELL; SCHOCH; MAHLER, 2018). Uma vez que há associação entre o comportamento compulsivo na busca e uso da droga, relegando as sérias consequências negativas; está presente dentre os transtornos psiquiátricos de

maior prevalência, colaborando para altos índices de mortalidade e morbidade física e social (MALUF, 2011). Também fatores pessoais, espirituais, financeiros e estrutura familiar, além de outros já mencionados (RIGGOTO; GOMES, 2002). O uso de substâncias psicoativas causa problemas significativos para o indivíduo como: na sua dinâmica familiar disfuncional, assim como seu grupo de convívio, quebra de vínculo com trabalho/produtividade, complicações de saúde, ausência de habilidade sociais e adaptação em grupos sociais, maior facilidade de envolvimento com o crime organizado (PERRENOUD *et al.*, 2019). Nota-se um perfil de usuários de cocaína (aspirada e fumada) em transição e a classificação de grupos com maior vulnerabilidade para o uso de drogas tem sido abandonada, passando para uma abordagem de saúde pública global (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012). Estudos mostram grandes concentrações de uso de drogas, principalmente o *crack*, em pessoas com maior vulnerabilidade psicossocial (PAQUETTE; ROY; PETIT; BOIVIN, 2010).

Ressalta-se ainda que esses usuários, apresentam um padrão compulsivo de consumo da substância, potencializando a probabilidade de viver ou ter vivenciado a situação de rua, abandono familiar e engajar-se em situações ilegais e comportamentos de risco, intensificando ainda mais a marginalização social e os riscos de integridade física e moral do usuário (PAQUETTE; ROY; PETIT; BOIVIN, 2010).

Um dado que nos chama a atenção, uma vez que há evidência apontando uma nova transição de perfil epidemiológico de usuários em acolhimento em CTs brasileiras, em termos de idade, cronicidade do uso da substância, e outras características como a escolaridade e a situação laboral (PERRENOUD *et al.*, 2019). Nesse estudo, dados de dois estudos transversais realizados com

intervalo de 16 anos (1996 e 1997) envolvendo 133 usuários de crack e nos anos de 2012 e 2013 com 577 usuários de crack foram analisados mostrando importantes mudanças no perfil desses usuários, de modo que os pacientes atuais eram mais velhos e faziam um uso crônico da droga, possuíam maior nível de escolaridade e menores taxas de desemprego quando comparados aos usuários de 1997 (PERRENOUD *et al.*, 2019).

- **Uso de substâncias**

Quanto ao uso de substâncias, a maioria usava álcool (97,5%), cocaína aspirada (91,3%), maconha (83,8%), crack (60,0%) e em menor proporção os benzodiazepínicos (25,0%) (tabela 2). Destaca-se que o álcool é a substância social mais utilizada, principalmente pelos jovens (NIAAA, 2022). Além disso, dentre o uso de drogas ilegais, de acordo com os dados do 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III_LENUD), realizado com indivíduos com idade entre 12 a 65 anos, mostrou que 7,7% usaram na vida a maconha e 3,1% a cocaína aspirada, e ainda, 0,3% da amostra também fizeram uso recente dessa substância (BASTOS *et al.*, 2017).

Nas últimas décadas, o uso de cocaína (aspirada e fumada) tem se disseminado intensamente em diversos cenários sociais e grupos da população. Com destaque que no Brasil, embora teve seu início na década de 1990, atualmente tem sido a causa de maior prevalência de internações por uso de cocaína no âmbito nacional, sem distinção de classes socioeconômicas entre os usuários. Em estudo realizado nos EUA, o uso de cocaína (40,3%) foi a principal causa de consulta nas unidades de emergência relacionadas as drogas ilegais,

seguido pela maconha (36,0%) e da heroína (20,6%) (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2011).

A grande preocupação não está apenas em questões de prevalências em termos de uso de crack, que foi a terceira substância de uso na amostra. Todavia há de ressaltar sobre as suas consequências que são extremamente deletérias e associadas aos elevados índices de comorbidades e mortalidades decorrentes das complicações associadas ao vírus do HIV e principalmente homicídios, prostituição por troca de drogas e situações diversas de violências (DIEHL; PINHEIRO; LARANJEIRA, 2013; DIAS ARAÚJO; DUNN; JESSO; CASTRO, LARANJEIRA, 2011). Como consequência, a prevalência de mortalidade entre os usuários de crack é superior à da população geral, chegando a ser sete vezes maiores (RIBEIRO, LARANJEIRA 2012)

Em nossos achados destaca-se um grupo de usuarios crônicos de substâncias, sendo que do total usavam drogas há pelo menos 14 anos (mediana); 24,1% usavam drogas há menos que 10 anos, 48,1% entre 11 a 20 anos e 27,8% há mais que 21 anos (Tabela 3). Esses dados indicam um uso inicial ainda na juventude, sendo que o uso experimental de algumas substâncias independentemente de sua legalidade, tem sido considerada como um comportamento dentro do padrão normal de desenvolvimento do adolescente e a cronicidade do uso se estende ao longo da vida adulta (BESSA, CASELLA, BOARATI, SCIVOLETTO 2019).

Apesar de serem comuns a experimentação e o consumo de drogas na adolescência, o risco do jovem se tornar dependente, no caso de uso da cocaína e/ou *crack*, é muito grande (BESSA, 2012). Há indivíduos que progredirão do consumo experimental para os padrões de uso mais graves e dependência, que

na fase da adolescência pode resultar no uso de múltiplas drogas. Cabe salientar que o uso dessa substância perpassa a fase da adolescência e resulta em problemas e maiores riscos no início da idade adulta, afastando o adolescente de seu desenvolvimento normal, impedindo-o de vivenciar outras atividades importantes nessa fase do ciclo vital (BESSA; CASELLA; BOARATI; SCIVOLETTO, 2019).

Ressalta-se que quanto mais precoce ocorre o início do uso de substâncias, maiores são as chances de um pior prognóstico na vida adulta, com maior chance de desenvolvimento de uso pesado, dependência e comorbidades (MARGRET, RIES 2016), levando os indivíduos a procurarem por tratamento, inclusive em razão das condições sociais e de saúde nas quais se encontram (RIBEIRO *et al.*, 2006).

Para além das complicações sociais, o uso crônico de cocaína pode desencadear quadros de hiper-reatividade, paranoicos e de impulsividade levando a comportamentos compulsivos (JULIEN, 2014), bem como prejuízos cognitivos em tarefas visuais e motoras, na atenção, na memória verbal e no processo de tomada de decisões (ROGGER; ROBINS 2001).

- **Impulsividade**

A respeito da impulsividade (BIS-11), observa-se na presente amostra que em torno de um terço dos participantes (33,3%) apresentou sintomas de impulsividade em níveis elevados (altamente impulsivos) (tabela 4). Nesse sentido, esperávamos como hipóteses encontrar prevalências ainda maiores. Além disso, a impulsividade foi associada a fissura e a perda de controle (CCQB) e ao uso de substância para melhorar o desempenho sexual. Esses resultados são importantes, frente aos diversos impactos que podem ocasionar

tanto no prognóstico, recaídas como comportamentos sexuais de risco.

Não foram observadas associações entre impulsividade e a via de uso de cocaína (aspirada e fumada) (tabela 9). Em adolescentes, os níveis de impulsividade foram maiores entre aqueles que já haviam experimentado uso de álcool e drogas (ALMEIDA *et al.*, 2014). Ainda, há de ser considerado que o uso ou não de uma substância não é simplesmente definido apenas pela presença ou não de impulsividade ou controle inibitório. Há outros fatores que influenciam o comportamento de uso, como o uso por pessoas da família, grupo de pares, disponibilidade ou facilidade na aquisição, crenças positivas e negativas em relação à substância (RODRIGUES *et al.*; 2018).

Em suma, a presença de comportamentos impulsivos pode ocasionar a experimentação ou intensificar o uso de substâncias psicoativas (SPEAR, 2013) e levar outros comportamentos de risco. Assim, a impulsividade e o uso de substância têm sido caracterizados como comorbidades, podem aumentar ainda mais os problemas relacionados ao abuso e a dependência, tanto quanto a elevar os níveis de impulsividade (HOGARTH, 2011), todavia não há muita clareza sobre a influência que uma exerce sobre o outro (ALMEIDA, 2014).

Em termos de tratamento, um estudo avaliou a associação entre impulsividade, a gravidade do consumo de drogas e o resultado do tratamento, em 50 dependentes de cocaína considerando as medidas iniciais de gravidade do consumo atual de cocaína e a impulsividade (BIS-11). A impulsividade e o consumo médio diário de cocaína foram associados, bem como com sintomas de abstinência de cocaína. Um subgrupo de 35 usuários foi submetido a um ensaio clínico duplo-cego controlado por placebo de 12 semanas de buspirona e a terapia de grupo. Os indivíduos com elevada impulsividade basal permaneceram no estudo um período significativamente menor do que os indivíduos com menor impulsividade basal. Os resultados mostraram a

impulsividade como um preditor significativo do consumo de cocaína e a manutenção do tratamento e sugeriu a necessidade de avaliar a impulsividade no tratamento da dependência de cocaína (MOELLER *et al.*, 2001). Uma vez que os elevados níveis de impulsividade podem representar um fator de vulnerabilidade ao uso de drogas e recaída (CZERMAINSKI *et al.*, 2017).

Embora focamos em usuários de cocaína (aspirada e fumada), apesar de que a maioria dos acolhidos nas CTs apresentam como queixa de internação o uso de dessas substancias, há um grande corpo de evidências mostrando o papel da impulsividade em relação ao uso precoce, a dependência e a recuperação em usuários de álcool (STAUTZ; COOPER, 2013), tabaco (KALE; STAUTZ; COOPER, 2018) e maconha (VANDERVEEN; HERSHBERGER; CYDERS, 2016).

- **Comportamentos sexuais**

Em termos de comportamentos sexuais, quase a metade usava a droga para melhorar o desempenho sexual, 46,3% usaram para inibir o desempenho sexual, 45,0% usaram para favorecer o comportamento sexual de risco, e 43,0% consideraram que o uso de substâncias é indissociável do comportamento sexual (Tabela 5). Quanto aos comportamentos sexuais e a impulsividade (BIS-11), 45% dos participantes foram classificados como altamente impulsivos e usavam a substância para melhorar o desempenho sexual ($p = 0,025$) (Tabela 6).

Amplas são as evidências de que o uso de substâncias tem sido relacionado com o aumento de atividades sexuais (KOPETZ *et al.*, 2010), comportamentos sexuais de risco e sexo desprotegido (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019;

NAPPO *et al.*, 2011; VIEIRA; DIEHL, 2011). Em específico, ao consumo de cocaína contribui para o aumento do desejo sexual, autoestima e bem-estar, as pessoas sentem-se mais atraentes e atraídas, sensuais, sem que, necessariamente, o objetivo seja a relação sexual ou a melhora do desempenho, pois muitas vezes o consumo dessas substâncias impede a ereção e o orgasmo (VIEIRA; DIEHL, 2011; KOPETZ *et al.*, 2010). Os efeitos da cocaína na atividade sexual estão relacionados a dose-dependentes e podem tanto acarretar aumento do prazer e da intensidade do orgasmo, quanto também podem piorar o desempenho sexual (PALHA; ESTEVES, 2008). Além disso, o uso de substâncias causa a desinibição levando ao comportamento sexual de risco, sem proteção expondo o indivíduo as ISTs (YAN, 2007). Em função dos elevados níveis de comportamento sexual de risco, como, por exemplo, baixo uso de preservativos, e estão expostos a vírus transmitidos pelo sangue, múltiplos parceiros, envolvimento com prostituição, troca de sexo por drogas e a impulsividade (BASTOS, 2012, CARVALHO; SEIBEL, 2009). Como descrito previamente, a prevalência de comportamentos de risco envolvidos na transmissão do HIV, hepatite e outras ISTs entre usuários de crack tem sido considerada (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2012; ABDALLA *et al.*, 2014). Estudo que avaliou o risco de violência e comportamentos sexuais de risco, envolvendo uma amostra de 1500 usuários de crack, com idades entre 18 e 24 anos, mostrou que a chance de comportamento de risco aumentava quando os usuários de drogas não usavam preservativos e tinham em posse uma de arma de fogo (NAVAEZ *et al.*, 2014).

Evidências mostraram ainda uma associação entre uso compulsivo de *crack* e troca de favores sexuais pela droga, motivados pela fissura ou pela urgência em consumir a substância, “vendem” o corpo para a obtenção da droga (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019; BERTONI *et al.*, 2014). A atividade sexual

como moeda de troca para conseguir o *crack* envolve diversos fatores de risco e pode ser uma combinação muito perigosa. Nesse sentido, o usuário em função dos sintomas de fissura para usar a droga, aumenta o número de parcerias sexuais e aceita manter relação sexual sem o uso de preservativos ou por pagamentos irrisórios ou por drogas, contribuindo assim para a repetição deste comportamento (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2019; NAPPO *et al.*, 2011). Por fim, os indivíduos que combinam o consumo de substâncias com o comportamento sexual, podem desenvolver outros problemas futuros, incluindo mudanças no padrão de uso em termos de quantidade e frequência, principalmente o uso de álcool. Há uma tendência de ocorrer maior risco de praticar sexo desprotegido, de desenvolver disfunções sexuais associadas ao consumo de substâncias, o que favorece processos de recaída em dependentes químicos, com tendência a piorar o prognóstico e a sua recuperação (DIEHL *et al.*, 2014; VIEIRA; DIEHL, 2011; HARVEY, 2009).

- **Craving**

Quanto ao craving (fissura – CCQB), a maioria dos participantes (78,2%) apresentou níveis moderado/grave (CCQ-B total), ou seja, no domínio fissura (67,9%), e de perda de controle (70,5%), (tabela 7). Com maior porcentagem de indivíduos com craving e perda de controle entre aqueles classificados como altamente impulsivos (BIS-11), ($p < 0,05$) (Tabela 8). Nota-se ainda uma amostra homogênea quando se compara os níveis de impulsividade

(BIS-11) entre usuários de cocaína (fumada e aspirada). Em nossa amostra, esses dados corroboram aos dados da literatura, tendo em vista que fissura e impulsividade foram descritas como uma importante variável entre os usuários entrevistados, uma vez que influencia a evolução e a gravidade da síndrome de abstinência, como também se constitui em preditor para a recaída (ARAÚJO *et al.*, 2011).

Nota-se que houve diferenças entre os comportamentos sexuais de risco (SRBQ) e a via de administração de uso da cocaína (aspirada e fumada) (Tabela 10). A maioria dos participantes não usaram a cocaína para inibir o desempenho sexual ($p < 0,05$) (Tabela 11). Em uma avaliação com 26 usuários de cocaína e/ou crack internados para desintoxicação, 42,3% referiram que não apresentavam sintomas de *craving* durante a abstinência (período de internação), enquanto 26,9% relataram apresentá-los (ZAGO, 2002).

Desse modo, considerando o papel determinante da fissura no desenvolvimento do padrão de uso compulsivo e dependência da cocaína e/ou crack, torna-se necessário avaliar e compreender esse fenômeno, de forma que sejam utilizadas estratégias de controle para o usuário (CHAVES *et al.*, 2011).

12 CONCLUSÃO

Pode se concluir que a impulsividade esta relacionada ao transtorno por uso de substâncias e pode ser um fator de risco para o uso de substancias muitas vezes entrelaçada a fissura (craving) e comportamentos sexuais em usuários de drogas acolhidos em CTs, principalmente cocaína (aspirada e fumada). Tais conhecimentos podem fornecer meios que subsidiem uma atuação mais específica na assistencia de acordo com as necessidades dos usuários. Sabendo da necessidade de capacitar mais profissionais na área de saúde mental com o intuito de melhorar as políticas públicas e sociais mais especificamente diminuir o indice de violência, ISTs, abandonos de tratamentos e recorrências da patologia.

Vale ressaltar que a impulsividade como ausência de reflexão sobre as consequências no processo decisório é uma ferramenta muito valida não somente para compreender como base do transtorno, ou característica de comorbidade, mas para o tratamento e intervenção no setting terapêutico. Evidencia-se elevados níveis de fissura entre os participantes, cabe propor compreender melhor este sintoma como uma possível causa de diversos outros problemas, assim como o abandono de tratamento e elevados índices de recaídas, comportamentos sexuais de risco e ainda a relação coexistente com a impulsividade, fissura e perda de controle, que formam uma triade altamente complexa para qualquer tipo de intervenção biopsicossocial.

13 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Uma limitação importante do presente estudo refere-se ao desenho metodológico que é do tipo transversal, impossibilita assim uma inferência de relação causal dos resultados (RUBIN, 1990). Vale a pena destacar que a amostra atual foi obtida em CTs com características muito semelhantes e com amostra relativamente pequena, portanto, os resultados devem ser utilizados com cautela. Além disso, pode ser que os participantes possam ter omitido (por vergonha ou medo) as informações sobre os comportamentos sexuais, por ser um tema muito sensível e particular, embora os pesquisadores os deixaram bem à vontade em responder essa questão. Poucos estudos têm sido realizados em indivíduos acolhidos em CTs, para maior comparação entre os dados.

14 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

É de fundamental importância compreender e avaliar os entrelaces entre impulsividade, fissura/perda de controle e comportamentos sexuais em usuários de substâncias psicoativas, bem como a necessidade de incorporar na avaliação de fatores de risco e estímulos a práticas sexuais mais seguras nas atividades de rotinas propostas pelas CTs. Os profissionais e colaboradores das equipes que atuam nesses locais de assistência podem e devem apropriar do uso de estratégias e métodos científicos sistematizados para desempenhar seu papel com mais especificidade e implementar atividades que contribuem para a promoção, prevenção proteção da saúde, recuperação e reabilitação desses indivíduos.

15 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 drugs survey (BNADS). **Addictive behaviors**, v. 39, n. 1, p. 297-301, 2014.
- ALMEIDA, R. B. F. D.; SANTOS, N. T. V.; BRITO, A. M. D.; SILVA, K. S. D. B. *et al.* O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu)**, v. 22, n. 66, p. 745-756, 2018.
- ALMEIDA, R. M. M.; TRENTINI, L. B.; KLEIN, L. A.; MACUGLIA, G. R. *et al.* Uso de álcool, drogas, níveis de impulsividade e agressividade em adolescentes do Rio Grande do Sul. **Psico**, v. 45, n. 1, p. 65-72, 2014.
- ALMEIDA, V. R. **O papel da impulsividade no comportamento hipersexual: análise da duração da primeira fixação numa tarefa Go/No-Go modificada.** Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa. 2020.
- AMARAL M. **Psicopatologia e semiologia básicas.** Niterói: Editora da Universidade Federal Fluminense; 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5.** Porto Alegre: Artmed, 2014.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, texto revisado (DSM-IV-TR).** Porto Alegre: Artmed; 2002.
- ANDRADE, A. T. D; COSTA, L. S. P; JORGE, M. S. B; QUINDERÉ, P. H. D. Aspectos sociodemográficos de los usuarios de crack asistidos por la red de

- atención psicosocial. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, 12, n. 1, p. 40-47, 2016.
- ARAUJO, R. B., PEDROSO, R. S., CASTRO, M. da G. T. Adaptação transcultural para o idioma português do Cocaine Craving Questionnaire - Brief. **Arch Clin Psychiatry (São Paulo)**. v. 37, n. 5, p:195–198. 2010
- ARAUJO, R. B; CASTRO, M. D. G. T. D; PEDROSO, R. S; SANTOS, P. L. D. *et al.* Validação psicométrica do Cocaine Craving Questionnaire-Brief-versão brasileira adaptada para o Crack para dependentes hospitalizados. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 60, p. 233-239, 2011.
- ARAUJO, R. B; OLIVEIRA, M. D. S; PEDROSO, R. S; MIGUEL, A. C. Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 57, p. 57-63, 2008.
- BAO, H., PARK, J. H., CAO, J. Exponential synchronization of coupled stochastic memristor-based neural networks with time-varying probabilistic delay coupling and impulsive delay. **IEEE Transactions on Neural Networks and Learning Systems**, v. 27, n. 1, p. 190-201, 2015.
- BASTOS, F. I. B.; 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: ICICT, 2014.
- BASTOS, F. I. P. M. et al. (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528.
- BASTOS, F. I. Structural violence in the context of drug policy and initiatives aiming to reduce drug-related harm in contemporary Brazil: a review. **Substance Use & Misuse**, 47, n. 13-14, p. 1603-1610, 2012.

- BERRIOS, G. E. Lad Haskovec and akathisia: an introduction. **History of Psychiatry**, v. 6, n. 22, p. 243-245, 1995.
- BJORK, James M. et al. Impulsivity in abstinent alcohol-dependent patients: relation to control subjects and type 1–/type 2–like traits. **Alcohol**, v. 34, n. 2-3, p. 133-150, 2004.
- BOSKA, G. A. et al. Mudanças percebidas por usuários de centros de atenção psicossocial em álcool e outras drogas. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, n. 2, p. 439-446, 2018.
- BUNGAY, V. Health care among street-involved women: The perpetuation of health inequity. **Qualitative Health Research**, 23, n. 8, p. 1016-1026, 2013.
- CARVALHO, H. B.; SEIBEL, S. D. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. **Clinics**, 64, n. 9, p. 857-866, 2009.
- CHAIM, C. H.; BANDEIRA, K. B. P.; DE ANDRADE, A. G. Fisiopatologia da dependência química. **Revista de Medicina**, 94, n. 4, p. 256-262, 2015.
- CHARNIGO, R.; NOAR, S. M.; GARNETT, C.; CROSBY, R., Palmgreen, P., Zimmerman, R. S. Sensation seeking and impulsivity: Combined associations with risky sexual behavior in a large sample of young adults. **Journal of Sex Research**, v. 50, n. 5, p. 480-488, 2013.
- CHAVES, T. V.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 1168-1175, 2011.
- CHAWLA, N.; SARKAR, S. Defining “High-risk Sexual Behavior” in the context of substance use. **Journal of Psychosexual Health**, v.1, n. 1, p. 26-31, 2019.
- CHIANG, C., LITINGTUNG, Y., HARRIS, M. P., SIMANDL, B. K., Li, Y., BEACHY, P. A., & FALLON, J. F. Manifestation of the Limb Prepattern: Limb

- Development in the Absence of Sonic Hedgehog Function. **Developmental Biology**, v. 236, n. 2, p. 421–435, 2001.
- COOPER, M. L. Does drinking promote risky sexual behavior? A complex answer to a simple question. **Current Directions in Psychological Science**, 15, n. 1, p. 19-23, 2006.
- CORREA, Á *et al.* Temporal preparation, response inhibition and impulsivity. **Brain and Cognition**, v. 73, n. 3, p. 222-228, 2010.
- CREAN, J. P.; DE WIT, H.; RICHARDS, J. B. Reward discounting as a measure of impulsive behavior in a psychiatric outpatient population. **Experimental and clinical psychopharmacology**, v. 8, n. 2, p. 155, 2000.
- DALLEY, J. W.; FRYER, T. D.; BRICHARD, L.; ROBINSON, E. S. *et al.* Nucleus accumbens D2/3 receptors predict trait impulsivity and cocaine reinforcement. **Science**, 315, n. 5816, p. 1267-1270, 2007.
- DALLEY, J. W.; ROBBINS, T. W. Fractionating impulsivity: neuropsychiatric implications. **Nat Rev Neurosci**, 18, n. 3, p. 158-171, 2017.
- DE LEON, G. A comunidade terapêutica: Teoria, modelo e método. In: **A comunidade terapêutica: teoria, modelo e método**, 2003. p. 496.
- DEGENHARDT, L.; LARNEY, S.; RANDALL, D.; BURNS, L.; HALI, W. Causes of death in a cohort treated for opioid dependence between 1985 and 2005. **Addiction**, v. 109, n.1, p. 90-99, 2014.
- DEL-BEN, C. M. Neurobiologia do transtorno de personalidade anti-social. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 32, p. 27-36, 2005.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (US). Results from 2010 national survey on drug abuse and health summary of national findings.

- Rockville: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results, 2011.
- DERMEN, K. H.; COOPER, M. L. Sex-related alcohol expectancies among adolescents: I. Scale development. **Psychology of Addictive Behaviors**, 8, n. 3, p. 152, 1994.
- DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; DUNN, J.; SESSO, R. C. *et al.* Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. **J Subst Abuse Treat**, 41, n. 3, p. 273-278, 2011.
- DIEHL, A. **Dependência química e sexualidade**: um guia para profissionais que atuam em serviços de tratamento. 1. ed. [S.l.]: Editora Appris, 2019.
- DIEHL, A., PILLON, S. C. Alcoolismo. In: Saúde Mental: **Desafios contemporâneos**. Editora Manolo, 2023
- DIEHL, A.; CORDEIRO, D.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Artmed Editora, 2019.
- DIEHL, A.; VIEIRA, D. L. **Sexualidade: do prazer ao sofrer**. 2. ed. São Paulo: GRUPO GEN, 2017. 712 p.
- DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 5, p. 95-121, 2000.
- DOM, G. De Wilde, B., Hulstijn, W., Sabbe, B. Dimensions of impulsive behaviour in abstinent alcoholics. **Personality and Individual differences**, v. 42, n. 3, p. 465-476, 2007.
- DORAN, N.; COOK, J.; MCCHARGUE, D.; SPRING, B. Impulsivity and cigarette craving: differences across subtypes. **Psychopharmacology (Berl)**, 207, n. 3, p. 365-373, 2009.

- DUALIBI, L.B.; RIBEIRO, M., LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad Saude Publica**. 24 Suppl 4, P. s545-57, 2008.
- EPPING-JORDAN, M. P.; WATKINS, S. S.; KOOB, G. F.; MARKOU, A. Dramatic decreases in brain reward function during nicotine withdrawal. **Nature**, 393, n. 6680, p. 76-79, 1998.
- FARRELL, M. R.; SCHOCH, H.; MAHLER, S. V. Modeling cocaine relapse in rodents: Behavioral considerations and circuit mechanisms. **Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry**, 87, n. Pt A, p. 33-47, 2018.
- FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 3. ed. [S.l.]: Grupo GEN, 2015.
- FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Imago Editora, 2021.
- GIGLIOTTI, A., GUIMARÃES, A. **Adição, dependência, compulsão e impulsividade**. 1. ed. [S.l.]: Editora Rubio, 2017.
- GOMES, A. F.; ALARCON, R. T. **A Terapia Cognitivo-Comportamental como ferramenta no tratamento para a dependência de substâncias psicoativas**. 2017.
- HINSLIE, L., SHATZKY, J. **Psychiatry Dictionary**. New York: Oxford University Press, 1940.
- HOGARTH, L. The role of impulsivity in the aetiology of drug dependence: reward sensitivity versus automaticity. **Psychopharmacology (Berl)**, 215, n. 3, p. 567-580, 2011.
- ISELL, H. et al. The "Craving" for alcohol; a Symposium by Members of the WHO Expert Committees on Mental Health and on Alcohol. **Quarterly journal of studies on alcohol**, v. 16, n. 1, p. 34-66, 1955.

JENTSCH, J. D.; ASHENHURST, J. R.; CERVANTES, M. C.; GROMAN, S. M.

et al. Dissecting impulsivity and its relationships to drug addictions. **Ann N Y Acad Sci**, 1327, p. 1-26, 2014.

JOOS, L.; GOUDRIAAN, A. E.; SCHMAAL, L.; DE WITTE, N. A. *et al.* The relationship between impulsivity and craving in alcohol dependent patients. **Psychopharmacology (Berl)**, 226, n. 2, p. 273-283, 2013.

KALE, D.; STAUTZ, K.; COOPER, A. Impulsivity related personality traits and cigarette smoking in adults: A meta-analysis using the UPPS-P model of impulsivity and reward sensitivity. **Drug Alcohol Depend**, 185, p. 149-167, 2018.

KANDEL, D. B., DAVIES, M. Cocaine use in a national sample of U.S. youth (NLSY): ethnic patterns, progression, and predictors. **NIDA Res Monogr**. 110: p. 151-88. 1991.

KESSLER, F., PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 30, p. 96-98, 2008.

KREEK, M. J.; NIELSEN, D. A.; BUTELMAN, E. R.; LAFORGE, K. S. Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. **Nat Neurosci**, 8, n. 11, p. 1450-1457, 2005.

LARANJEIRA, R. Tratamento da dependência do crack: as bases e os mitos. **Ribeiro M.; Laranjeira, R. (Org). O tratamento do usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco terapias psicológicas, farmacologia e reabilitação-ambientes de tratamento. São Paulo: Casa Leitura Médica**, p. 14-22, 2010.

- MACKILLOP, J.; WEAVER, J.; C. GRAY, J.; OSHRI, A. *et al.* The latent structure of impulsivity: impulsive choice, impulsive action, and impulsive personality traits. **Psychopharmacology**, 233, n. 18, p. 3361-3370, 2016.
- MALUF, M. C. V. R. **Efeitos do tratamento com cocaína sobre parâmetros comportamentais e na expressão de CREB/pCREB e BDNF em camundongos adolescentes e adultos**. 2011. Universidade de São Paulo.
- MARLATT, A.; DONOVAN, D. **Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento do comportamento aditivo**. (Orgs), 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 358p, 2009.
- MCLELLAN, T., A.; CACCIOLA, J. C.; ALTERMAN, A. I.; RIKOON, S. H. *et al.* The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. **American Journal on Addictions**, 15, n. 2, p. 113-124, 2006.
- MEADE, C. S.; WEISS, R. D. Substance abuse as a risk factor for HIV sexual risk behavior among persons with severe mental illness: Review of evidence and exploration of mechanisms. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 14, n. 1, p. 23, 2007.
- MOELLER, F.; BARRATT, E.; DOUGHERTY, D.; SCHMITZ, J. *et al.* Psykiatriske aspekter ved impulsivitet. **Am J Psykiatri**, 158, p. 1783-1793, 2001.
- MALLOY-DINIZ, L. F., FUENTES, D., MATTOS, P., ABREU, N. **Avaliação Neuropsicológica**. Porto Alegre: Artmed. 2010
- MULLANE, J. C.; CORKUM, P. V. The relationship between working memory, inhibition, and performance on the Wisconsin Card Sorting Test in children with and without ADHD. **Journal of Psychoeducational Assessment**, 25, n. 3, p. 211-221, 2007.

- NAPPO, S. A. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS.** -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.
- NAPPO, S. A.; CHAVES, T. V.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**, 45, n. 6, p. 1168-1175, 2011-12-01 2011.
- OLIVEIRA, L. G. D.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, n. 42, p. 664-671, 2008.
- PALHA, A. P., ESTEVES, M. Drugs of abuse and sexual functioning. **Adv Psychosom Med.**; 29:131-149, 2008
- PATTON, J. H.; STANFORD, M. S.; BARRATT, E. S. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. **Journal of clinical psychology**, 51, n. 6, p. 768-774, 1995.
- PERRENOUD, L. O.; TREVIZOL, A. P.; SCHMIDT DE OLIVEIRA, A. C.; WILLIAMS, A. V. *et al.* Profile of help-seeking crack cocaine users in Brazil: a comparison of 2 cross-sectional studies from 1997 and 2013. **Addictive Disorders & Their Treatment**, 18, n. 4, p. 238-245, 2019.
- PERRY, R. I.; KRMPOTICH, T.; THOMPSON, L. L.; MIKULICH-GILBERTSON, S. K. *et al.* Sex modulates approach systems and impulsivity in substance dependence. **Drug and alcohol dependence**, 133, n. 1, p. 222-227, 2013.
- RIBEIRO, S., Oliveira, J., Teixeira, J. Substance use and sexual behavior survey: A validation study. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 16, n.2, p. 207-16, 2015.

- RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco; terapias psicológicas, farmacologia e reabilitação, ambientes de tratamento.** 2010. p. 262-268.
- RODRIGUES WILLHELM, A.; SIQUEIRA PEREIRA, A.; KOLLER, S. H.; MARTINS DE ALMEIDA, R. M. Altos níveis de impulsividade e consumo de álcool na adolescência. **Revista Latinoamericana de Psicología**, 50, n. 1, p. 1-8, 2018.
- RUBIN, D. B. Formal modes of statistical inference for causal effects. *Journal of Statistical Planning and Inference*, 25:279-292, 1990.
- SANTANA, G. V.; SANTOS, J. L. S.; SANTOS, J. M. D. J.; ALVES, L. D. J. *et al.* Sociodemographic and chemical-dependency profile of users at a specialized Psychosocial Care Center. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, 17, n. 4, p. 7-13, 2021.
- SANTOS, J. L. D.; VECCHIA, M. D. A vontade em Vygotski: contribuições para a compreensão da “fissura” na dependência de drogas. **Psicologia USP**, v. 29, n. 2, p. 200-211, 2018-08-01 2018.
- SANTOS, M. P. G (Org). **Comunidades terapêuticas: temas para reflexão.** Rio de Janeiro: IPEA, 2018.
- SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. D. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: teoria e pesquisa**, 26, p. 533-541, 2010.
- SOARES, R. G., NERY, F. C., SILVEIRA, P. S.; **Noto, A. R.**, RONZANI, T. M. A mensuração do estigma internalizado: revisão sistemática da literatura. **Psicologia em Estudo**, v. 16, p. 635-645, 2011.
- SPEAR, L. The teenage brain: Adolescents and alcohol. **Current directions in psychological science**, v. 22, n. 2, p. 152-157, 2013.

- SQUILLACE, M., JANEIRO, J. P., SCHMIDT, V. El concepto de impulsividad y su ubicación en las teorías psicobiológicas de la personalidad. **Neuropsicología Latinoamericana**. Calle, v. 3, n. 1, p. 8-18, 2011.
- STAUTZ, K.; COOPER, A. Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: A meta-analytic review. **Clinical psychology review**, 33, n. 4, p. 574-592, 2013.
- SUSSNER, B., SMELSON, D. A., RODRIGUES, S., KLINE, A., LOSONCZY, M., ZIEDONIS, D. The validity and reliability of a brief measure of cocaine craving. **Drug Alcohol Depend.** v.83, n. 3, p. 233-237, 2006
- TAVARES, H. A neurobiologia dos transtornos do impulso. **Fisiopatologia dos transtornos psiquiátricos**, v. 6, 2007.
- TIFFANY, S. T.; SINGLETON, E.; HAERTZEN, C. A.; HENNINGFIELD, J. E. The development of a cocaine craving questionnaire. **Drug and alcohol dependence**, 34, n. 1, p. 19-28, 1993.
- TZIORTZIS, D.; MAHONEY III, J. J.; KALECHSTEIN, A. D.; NEWTON, T. F. *et al.* The relationship between impulsivity and craving in cocaine-and methamphetamine-dependent volunteers. **Pharmacology Biochemistry and Behavior**, 98, n. 2, p. 196-202, 2011.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). World Drug Report. 2022 (United Nations publication, 2022).
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). World Drug Report. 2018.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). World Drug Report 2016 (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).

- VAUGHN, M. G.; FU, Q.; PERRON, B. E.; BOHNERT, A. S. *et al.* Is crack cocaine use associated with greater violence than powdered cocaine use? Results from a national sample. **The American journal of drug and alcohol abuse**, 36, n. 4, p. 181-186, 2010.
- VERHEUL, R.; VAN DEN BRINK, W.; GEERLINGS, P. A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol. **Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)**, 34, n. 2, p. 197-222, 1999.
- VIEIRA, D. L., DIEHL, A. Sexualidade, uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas. In: Diehl A., Cordeiro, D. C., Ronaldo, L. (Org.). **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Editora ARTMED, 2011.
- VOLKOW, N. D. Stimulant medications: how to minimize their reinforcing effects? **Am J Psychiatry**, 163, n. 3, p. 359-361, 2006.
- VOLKOW, N. D.; KOOB, G. F.; MCLELLAN, A. T. Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. **N Engl J Med**, 374, n. 4, p. 363-371, 2016
- VON DIEMEN, L., SZOBOT, C. M., KESSLER, F., & PECHANSKY, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. **Braz J Psychiatry**, 29(2), 153-156.
- WHITE, H. R.; FLEMING, C. B.; CATALANO, R. F.; BAILEY, J. A. Prospective associations among alcohol use-related sexual enhancement expectancies, sex after alcohol use, and casual sex. **Psychol Addict Behav**, 23, n. 4, p. 702-709, 2009.
- WU, Y. H.; BENTLER, R. A. Using a signal cancellation technique involving impulse response to assess directivity of hearing aids. **J Acoust Soc Am**, 126, n. 6, p. 3214-3226, 2009.

YAN, A. F.; CHIU, Y.-W.; STOESSEN, C. A.; WANG, M. Q. STD-/HIV-related sexual risk behaviors and substance use among US rural adolescents. **J of Natl Med Assoc**, 99, n. 12, p. 1386-1394, 2007.

ZAGO, J. A. Craving e consumo de doce em pacientes dependentes de cocaína crack: um estudo clínico de observação. **Psiquiatr. biol**, p. 9-16, 2002.

ANEXO – I Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

ANEXO: (01) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, Igor Roberto Bassoli, aluno de mestrado junto a Profa. Dra. Sandra Pillon da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, venho respeitosamente convidá-lo a participar do presente estudo que tem por objetivo: **“compreender as diferenças e as semelhanças da fissura, impulsividade para o uso de substâncias por diferentes populações”**. As informações obtidas no estudo poderão contribuir para a melhoria da nas atividades de tratamento aos usuários de substâncias. Vossa participação no presente estudo será - respondendo um questionário, que será realizado na própria instituição em caráter voluntário, sem a identificação dos participantes, garantindo o anonimato. Os participantes que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não, resultante de sua participação nessa pesquisa, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização conforme as leis vigentes do país. Os resultados desta pesquisa trarão benefícios diretos para o(a) senhor(a) a médio prazo, por meio da aquisição de conhecimentos sobre os problemas relacionados a fissura e impulsividade, bem como compreender quais os fatores que influenciam as mesmas, o que contribuirá para a discussão sobre a melhoria da atenção a esses usuários e familiares. Sua colaboração é muito importante para o desenvolvimento desta pesquisa, assim se você concordar em participar, por favor, leia e assine este termo de consentimento livre e esclarecido. O presente documento será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante da pesquisa e a outra com o pesquisador.

Pelo presente consentimento, declaro que fui informado de forma clara e detalhada dos objetivos, das justificativas, dos procedimentos a que serei submetido também dos benefícios e riscos ou possíveis desconfortos imediatos ou tardios que podem surgir durante a coleta de dados. Fui igualmente informado:

1. Do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre esta pesquisa, bem como os assuntos relacionados com a investigação;
2. Da participação voluntária, da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim.
3. Do direito de não ser identificado e ter a minha privacidade preservada;
4. O direito de estar seguro diante das minhas respostas de modo a não sofrer represálias;
5. Dos direitos de indenização conforme as leis vigentes do Brasil, em caso de prejuízos será ressarcido (a) pelo pesquisador de acordo com as normas vigentes do país. Os riscos ou possíveis desconfortos gerados imediatos ou tardios podem ser baixo, imediatos ou tardios. Quando houver críticas desconstrutivas, que essas possam ser transformadas em reflexivas para construção do presente projeto de pesquisa.
6. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados (tornados públicos) em eventos científicos, na mídia, ou similares de forma anônima.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima citados descritos e consinto em responder ao questionário elaborado pelo pesquisador, que subscreve este termo de consentimento.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2020

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Em caso de dúvidas, em qualquer fase do estudo você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável por este estudo, Igor Bassoli, no endereço Rua: Dr. Raul da Rocha Medeiros, nº 861, Centro, CEP: 15910-000, Monte Alto - SP, nos telefones (16) 3242-9628 ou (16) 99203-7899, pelo e-mail: irbassoli@usp.br; ou ainda com a Profª Drª Sandra Pillon pelo e-mail: pillon@eerp.usp.br.

ANEXO II - Questionário

3. QUESTIONÁRIO COM INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

| | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1. Data de Nascimento | _____/_____/_____ | 1.a Idade em anos _____ |
| 2. Local de moradia | 2.a Cidade nascimento _____ 2.b Bairro de moradia _____ | |
| 3. Situação de rua | (0) Não (1) Sim, quantas vezes _____ | |
| 4. Sexo | (1) Masculino (2) Feminino | |
| 5. Cor | (1) Branco (3) Pardo (2) Preto (4) Amarelo (5) Outro _____ | |
| 6. Estado Conjugal | (1) Solteiro (2) Casado legalmente, quanto tempo _____ (3) Casado sem declaração/Morando junto/União estável/Amasiado, quanto tempo _____ (4) Divorciado/Separado, quanto tempo _____ (5) Viúvo, quanto tempo _____ (6) Outro _____ | |
| 7. Filhos | (0) Não (1) Sim, quantos _____ | 7.a Sexo/Idade dos filhos _____ |
| 8. Escolaridade | (1) Analfabeto / (2) 1º grau completo/ incompleto / (3) 2º grau completo/ incompleto / (4) Superior completo /incompleto / (5) Superior ou mais | |
| 8.a Anos de estudo | _____ | |
| 9. Trabalhou no último ano | (1) Não (2) Sim (3) Outro _____ (1) Formal – carteira assinada (2) Informal _____ Tempo integral/quantas horas _____ (2) Tempo parcial/quantas horas _____ | |
| 10. Renda Familiar | () 1 salário mínimo / () 1 à 2 salários mínimos / () 2 à 5 salários mínimos / () 5 à 10 salários mínimos / () Mais de 10 salários mínimos / () Não sabe / () Outro _____ (salário mínimo vigente de acordo com o MT - R\$ 988,00) | |
| 11. Religião | (1) Católico / (2) Evangélico / (3) Espírita / (4) Não tem / (5) Outras _____ | 8.a Prática religião (0) Não (1) Sim |
| 8 - Orientação sexual- identidade sexual | (1) Homossexual (2) Heterossexual (3) Bissexual (4) Assexual | |
| 9 - Gênero | (1) Feminino (2) Masculino (3)Terceiro gênero (travesti ou trans) | |

ANEXO III - Escala de Impulsividade Barratt (BIS-11)

12. ESCALA DE IMPULSIVIDADE DE BARRAT (BIS-11)

| Afirmações | Raramente e/ nunca | De vez em quando | Com frequência | Quase sempre /Sempre |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|----------------------------|
| 1. Eu planejo tarefas cuidadosamente. | | | | |
| 2. Eu faço coisas sem pensar. | | | | |
| 3. Eu tomo decisões rapidamente. | | | | |
| 4. Eu sou despreocupado (confio na sorte, "desencanado"). | | | | |
| 5. Eu não presto atenção. | | | | |
| 6. Eu tenho pensamentos que se atropelam. | | | | |
| 7. Eu planejo viagens com bastante antecedência. | | | | |
| 8. Eu tenho autocontrole. | | | | |
| 9. Eu me concentro facilmente. | | | | |
| 10. Eu economizo (poupo) regularmente. | | | | |
| 11. Eu fico me contorcendo na cadeira em peças de teatro ou palestras. | | | | |
| 12. Eu penso nas coisas com cuidado. | | | | |
| 13. Eu faço planos para me manter no emprego (eu cuido para não perder meu emprego). | | | | |
| 14. Eu falo coisas sem pensar. | | | | |
| 15. Eu gosto de pensar em problemas complexos. | | | | |
| 16. Eu troco de emprego. | | | | |
| 17. Eu ajo por impulso. | | | | |
| 18. Eu fico entediado com facilidade quando estou resolvendo problemas mentalmente. | | | | |
| 19. Eu ajo no "calor" do momento | | | | |
| 20. Eu mantenho a linha de raciocínio ("não perco o fio da meada"). | | | | |
| 21. Eu troco de casa (residência). | | | | |
| 22. Eu compro coisas por impulso. | | | | |
| 23. Eu só consigo pensar em uma coisa de cada vez. | | | | |
| 24. Eu troco de interesses e passatempos ("hobby"). | | | | |
| 25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho. | | | | |
| 26. Enquanto penso em uma coisa, é comum que outras idéias me venham à cabeça ao mesmo tempo. | | | | |
| 27. Eu tenho mais interesse no presente do que no futuro. | | | | |
| 28. Eu me sinto inquieto em palestras ou aulas. | | | | |
| 29. Eu gosto de jogos e desafios mentais. | | | | |
| 30. Eu me preparo para o futuro. | | | | |

ANEXO IV: Cocaine/Craving Questionnaire-Brief (CCQB)

16. COCAINE / CRAVING QUESTIONNAIRE – BRIEF (CCQ-B) nome da droga de maior uso

Você concorda ou discorda em cada frase abaixo, marque 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 pensa e sente agora enquanto responde ao questionário.

| |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1. Eu desejo tanto cheirar cocaína que quase posso sentir seu gosto.</p> <p>DISCORDO TOTALMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) CONCORDO TOTALMENTE</p> |
| <p>2. Eu tenho um desejo muito forte pela cocaína.</p> <p>DISCORDO TOTALMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) CONCORDO TOTALMENTE</p> |
| <p>3. Vou cheirar cocaína assim que puder.</p> <p>DISCORDO TOTALMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) CONCORDO TOTALMENTE</p> |
| <p>4. Acho que poderia resistir a cheirar cocaína neste momento.</p> <p>DISCORDO TOTALMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) CONCORDO TOTALMENTE</p> |
| <p>5. Eu estou com fissura pela cocaína agora.</p> <p>DISCORDO TOTALMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) CONCORDO TOTALMENTE</p> |
| <p>6. Tudo que queria fazer agora era cheirar cocaína.</p> <p>DISCORDO TOTALMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) CONCORDO TOTALMENTE</p> |
| <p>7. Não sinto nenhum desejo pela cocaína neste momento.</p> <p>DISCORDO TOTALMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) CONCORDO TOTALMENTE</p> |
| <p>8. Cheirar cocaína agora faria as coisas parecerem perfeitas.</p> <p>DISCORDO TOTALMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) CONCORDO TOTALMENTE</p> |
| <p>9. Eu vou cheirar cocaína assim que tiver a chance.</p> <p>DISCORDO TOTALMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) CONCORDO TOTALMENTE</p> |
| <p>10. Nada seria melhor do que cheirar cocaína agora.</p> <p>DISCORDO TOTALMENTE (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) CONCORDO TOTALMENTE</p> |

ANEXO V: Questionário sobre uso de substâncias e comportamento sexual

13.QUESTIONÁRIO SOBRE USO DE SUBSTÂNCIAS E COMPORTAMENTO SEXUAL (SUSBS)

Os itens a seguir somente devem ser respondidos em relação ao uso da sua droga de PREFERÊNCIA. Por favor, indicar o quão verdadeiro os itens descrevem a sua experiência, circulando o número que corresponde à descrição.

| Itens | Discord o muito | Discord o | Neutro | Concordo | Concor do muito |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------|--------|----------|-----------------------|
| 1. Meus comportamentos, sentimentos e pensamentos sexuais são frequentemente associados com o uso da _____ (nome da droga que mais usa). | | | | | |
| 2. Meu impulso/desejo sexual aumenta quando uso _____. | | | | | |
| 3. Meu impulso/desejo sexual diminuído quando uso _____. | | | | | |
| 4. Minha performance sexual é melhorada quando uso _____. | | | | | |
| 5. Minha performance sexual é prejudicada quando uso _____. | | | | | |
| 6. Meu prazer sexual reforça quando uso _____. | | | | | |
| 7. Meu prazer sexual reduz quando uso _____. | | | | | |
| 8. O uso de _____ me faz ficar obcecado por sexo e/ou fez meu desejo sexual ficar mais alto que o normal. | | | | | |
| 9. O uso _____ tem reduzido o meu interesse em sexo e tem deixado meu desejo sexual mais baixo que o normal. | | | | | |
| 10. Eu me envolvo mais frequentemente em comportamento sexual (por exemplo, relações sexuais, sexo oral, masturbação e outros) quando uso _____. | | | | | |
| 11. É mais provável que eu tenha relações sexuais com uma prostituta, outro parceiro desconhecido ou alguém que não seja meu cônjuge/companheiro quando uso _____. | | | | | |
| 12. É mais provável praticar sexo "de risco" sob a influência de droga (por ex. não usa preservativos, ser pouco cuidadoso com quem você escolhe como parceiro sexual). | | | | | |
| 13. Eu me envolvo em atos sexuais que são muito comuns para mim quando estou sob a influência da droga (por ex., masturbação, voyeurismo, me exponho). | | | | | |
| 14. O uso de _____ é tão fortemente associado com o sexo que eu acredito que é difícil separar o uso dessa droga do meu comportamento sexual. | | | | | |
| 15. Eu me preocupo que o sexo não será (ou não tem sido) tão interessante ou prazeroso ou que possa até mesmo ser entediante sem o uso da _____. | | | | | |
| 16. Fantasias ou desejos sexuais já me fizeram ter vontade de usar a _____. | | | | | |
| 17. Minhas fantasias ou desejos sexuais fazem com que seja mais difícil para o uso _____. | | | | | |
| 18. Meu comportamento sexual sob a influência _____ me levou a questionar minha orientação sexual (por exp., se é heterossexual, teve fantasias homossexuais ou atos sob a influência da droga). | | | | | |
| 19. Meu comportamento sexual sob a influência da _____ me fez sentir sexualmente pervertido ou anormal. | | | | | |
| 20. Meu comportamento sexual sob a influência da _____ causou sentimentos de depressão. | | | | | |
| 21. Meu comportamento sexual sob influência da _____ causou sentimentos de vergonha/culpa. | | | | | |
| 22. Eu acredito que preciso de tratamento para o meu comportamento sexual, pois está ligado ao uso da _____. | | | | | |
| 23. Os pensamentos e sentimentos sexuais quase sempre me causam fissura de usar a _____. | | | | | |
| 24. Eu frequentemente me vejo preocupado com pensamentos sexuais ou devaneios românticos enquanto estou sob a influência da _____. | | | | | |
| 25. Eu frequentemente tenho dificuldades em parar meu comportamento sexual, mesmo quando sei que é inadequado e/ou perigoso para minha saúde. | | | | | |

ANEXO VI: ANEXO VI: Parecer do CEP

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Uma investigação de contexto internacional para melhor compreender as diferenças e as semelhanças da fissura, da impulsividade e dos comportamentos sexuais do uso de crack e de cristais de metanfetamina por diferentes populações

Pesquisador: Maycon Rogério Selegim

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 94178718.0.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.976.794

Apresentação do Projeto:

Trata-se da avaliação da respostas à pendência emitida em parecer número 3.923.219

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi adequado conforme solicitação do parecer anterior.

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br



**USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO DA USP**



Continuação do Parecer: 3.976.794

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------|------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_133084_6_E1.pdf | 20/03/2020 07:31:12 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetoPesquisaCEP_20_03_20.pdf | 20/03/2020 07:30:38 | Maycon Rogério Selegim | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TcleEmenda.pdf | 20/03/2020 07:29:03 | Maycon Rogério Selegim | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhaDeRostoEmenda.pdf | 11/03/2020 07:29:12 | Maycon Rogério Selegim | Aceito |
| Declaração de Pesquisadores | OficioEmenda.pdf | 12/02/2020 17:17:17 | Maycon Rogério Selegim | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.pdf | 27/10/2018 00:56:38 | Maycon Rogério Selegim | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.pdf | 27/10/2018 00:56:24 | Maycon Rogério Selegim | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRAO PRETO, 17 de Abril de 2020

**Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))**

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br