

## MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA EM HOMENS E MULHERES DEPENDENTES DE CRACK

Iracil Soares<sup>1,2,☒</sup>, Georgius Cardoso Esswein<sup>1,3</sup>, & Silvia Pereira da Cruz Benetti<sup>1,4</sup>

Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, São Leopoldo – Rio Grande do Sul – Brasil. <sup>2</sup>e-mail: [iracilsoares@yahoo.com.br](mailto:iracilsoares@yahoo.com.br). <sup>3</sup>e-mail: [georgius.esswein@gmail.com](mailto:georgius.esswein@gmail.com). <sup>4</sup>e-mail: [sbenetti@unisinobr.com](mailto:sbenetti@unisinobr.com).

---

**RESUMO:** Este estudo investigou a associação dos sintomas de ansiedade, depressão, e fissura com motivação para mudança do comportamento em 159 adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack internados instituições particulares e públicas de Porto Alegre, RS, Brasil. Os instrumentos utilizados foram: Inventário de Ansiedade Beck, Inventário de Depressão Beck, *Cocaine Craving Questionnaire-Brief*, Escala URICA e Régua de Prontidão para Mudança. Participantes apresentaram sintomas de ansiedade e fissura moderada, e depressão mínima, estando no estágio de pré-contemplação e manutenção para mudança. Os principais preditores de prontidão para mudança (URICA) foram sexo feminino, local de internação e história de perdas significativas. Conclui-se que o tratamento para dependência do crack necessita basear-se em avaliação criteriosa das características emocionais e motivacionais do dependente.

*Palavras-chave:* sexo, cocaína crack, abuso de drogas, depressão, ansiedade.

---

## MOTIVATION FOR CHANGE IN MEN AND WOMEN CRACK ADDICTS

**ABSTRACT:** The objective of this study was to investigate the association of symptoms of anxiety and depression, craving, with motivation to change, in 159 crack-addicted male and female adults hospitalized in public and private institutions Porto Alegre, RS, Brasil. The instruments used were the Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Cocaine Craving Questionnaire for Crack, Scale URICA and The Readiness-to-Change ruler. Participants had moderate symptoms of anxiety and craving, minimal depression; classified as pre-contemplating and maintaining change. The main predictors of change (URICA) were sex (female), place of hospitalization, and history of losses. In conclusion, the treatment for crack dependence needs to be based in a careful evaluation of the emotional characteristics and motivation.

*Keywords:* sex, crack cocaine, drug abuse, depression, anxiety

---

Recebido em 13 de Outubro de 2015 / Aceite em 16 de Março de 2017

A dependência de substâncias é um dos problemas mais complexos de saúde pública, sendo considerada um fenômeno mundial que vem crescendo vertiginosamente, revelando-se um dos temas mais preocupantes na sociedade (Bordin, Figlie, & Laranjeira, 2010; Capistrano, Ferreira, Maftum, Kalinke, & Mantovani, 2013; Formiga, Santos, Dumcke, & Araujo, 2009). Dentre as

---

☒ Av. Unisinos, 950. São Leopoldo, RS, Brasil. 93.022-000.Telf.: (51) 3591-1122 r. 2227. e-mail: [sbenetti@unisinobr.com](mailto:sbenetti@unisinobr.com)

## MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA EM DEPENDENTES DE CRACK

substâncias psicoativas associadas à dependência, a que mais vem se destacando devido ao seu alto potencial dependógeno é o crack, um derivado da cocaína.

O Brasil é o segundo maior mercado de cocaína/crack no mundo, quando se trata do número absoluto de usuários, representando 20% do consumo mundial, portanto um dos principais mercados de crack (Laranjeira et al., 2013). Além do aspecto de gerar grande dependência devido ao intenso desejo de utilizar a substância, o crack provoca muitos prejuízos biopsicossociais. Dessa forma, além de colocar a vida do usuário em risco, é um problema de saúde pública relevante que necessita de investigação a fim de contribuir cientificamente para lidar com o uso e evitar o consumo de crack (Alves, Ribeiro, & Castro, 2011; Galera, 2013; Oliveira & Nappo, 2008).

Estudos nacionais e internacionais apontam que a sensibilidade às drogas, a autoadministração e a progressão da dependência podem variar entre os sexos e estão presentes em todas as fases do abuso de substância, desde a experimentação até a abstinência. Em geral, pesquisas referentes à dependência de substância têm como centro das pesquisas o sexo masculino, apesar do evidente aumento do consumo entre as mulheres (Wolle & Zilberman, 2011). Mulheres geralmente começam a autoadministração de drogas lícitas e/ou ilícitas em doses menores do que os homens. Contudo, a frequência de uso nas mulheres aumenta mais rapidamente podendo levar a dependência química, e tendo mais risco de recaídas (Fernandes et al., 2010; Hochgraf & Brasiliano, 2010). O crack tem potencial para gerar diversos danos ao sujeito, dentre eles, sintomas de ansiedade e depressão, decorrentes da comorbidade ou do consumo da substância. A intensidade do consumo de crack parece estar associada ao risco de desenvolvimento de depressão e ideação suicida (Ribeiro, 2012; Wainer & Piccoloto, 2011). Esses sintomas tornam o sujeito menos motivado para a mudança do comportamento aditivo e tenha menor adesão ao tratamento (Horta, Horta, Rosset, & Horta, 2011; Orsi & Oliveira, 2006). Assim, além de o indivíduo ter a necessidade de buscar constantemente a substância, devido à fissura, a dependência de crack apresenta risco potencial à saúde física e mental do usuário, configurando-se como uma doença grave e de difícil recuperação (Ferreira, Capistrano, Maftum, Kalinke, & Kirchhof, 2012; Oliveira & Nappo, 2008; Rangé & Marlatt, 2008).

Em relação à mudança no comportamento dependente, pacientes, profissionais e pesquisadores consideram a fissura como um terrível adversário na recuperação e superação dos transtornos aditivos. Por esse motivo tem merecido atenção especial e pesquisas nas últimas décadas, visto que a fissura tem estado no centro das explicações da recaída, mostrando a importância do entendimento desse fenômeno e suas implicações num tratamento efetivo para mudança de comportamento (Marinho, Araujo, & Ribeiro, 2012; Marques & Seibel, 2010).

Justamente, o Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento (MTT) desenvolvido pelos psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente foi considerado o mais adequado para a ocorrência de mudança do comportamento, visando à compreensão do processo de mudança de comportamentos problemáticos e a busca de hábitos saudáveis. Em psicologia da saúde, o MTT é a teoria de estágios mais utilizada, sendo aplicada a uma variedade de comportamentos relacionados à saúde do ser humano, incluindo a dependência química, prática de exercícios, obesidade, sexo seguro, entre outras (Castro & Passos, 2005; Miller & Rollnick, 2001; Rodrigues, Horta, Szupszynski, Souza & Oliveira, 2013).

O MTT objetiva mudança intencional, isto é, a tomada de decisão parte do sujeito e a mudança comportamental acontece ao longo de um processo, no qual as pessoas passam por diferentes níveis de motivação para mudança. Nesse modelo teórico, a motivação pode ser entendida como o estágio para a mudança de uma pessoa, sendo esse um estado interno influenciado por fatores externos. As teorias com estágios pressupõem que a decisão de adotar um comportamento saudável seja um processo dinâmico que envolve mais de uma decisão e se constitui de diversos estágios (Miller & Rollnick, 2001; Straub, 2005).

O modelo sustenta que as pessoas progridem por meio dos estágios ao modificar comportamentos e planejar intenções de ações presentes e futuras relacionadas com a saúde. Assim,

o MTT pode ser representado com quatro, cinco ou seis estágios que compreendem a roda da mudança, sendo esses pré-contemplação, contemplação, determinação, ação, manutenção e recaída. Os estágios de mudança refletem a realidade de que é normal que a pessoa circule várias vezes antes de alcançar uma mudança estável. A roda da mudança também reconhece que a recaída faz parte do processo de mudança. Portanto, essa é uma perspectiva realista que busca impedir que os pacientes desanimem frente à recaída. (Miller & Rollnick, 2001; Straub, 2005).

Considerando o aumento crescente do consumo de crack na sociedade brasileira, este estudo teve como objetivo investigar comparar e correlacionar os sintomas de ansiedade e depressão, avaliar a fissura pelo crack, identificar a motivação para mudança do comportamento, caracterizando as diferenças entre adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack internados em instituições públicas e privada para desintoxicação. Por último, estimou-se a contribuição de variáveis sociodemográficas (idade, situação empregatícia, escolaridade, vivências traumáticas, padrão de uso de múltiplas substâncias ilícitas), dos sintomas de ansiedade e depressão para as variáveis fissura e motivação para a mudança.

## MÉTODO

### *Delineamento*

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal do tipo comparativo e explicativo em adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack internados em instituição para desintoxicação.

### *Participantes*

O estudo foi realizado em uma clínica privada e dois hospitais públicos especializado para adultos dependentes químicos em Porto Alegre, RS, entre o período de abril a novembro de 2013. A amostra foi não probabilística, sendo critérios de inclusão: adultos acima de 18 anos, internados para desintoxicação por dependência de crack e na etapa inicial de desintoxicação (sete dias de abstinência), com histórico de vida de no máximo três internações, escolaridade de no mínimo a 5ª série do ensino fundamental, podendo estar utilizando medicação controlada para o tratamento de algum transtorno psiquiátrico. Os critérios de exclusão foram participantes com diagnóstico de retardo mental devido à dificuldade cognitiva para entendimento dos questionamentos e sujeitos que não possuíssem o diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância.

A média de idade dos participantes foi de 30,7 anos (DP=8,54), sendo a idade mínima 18 anos e 60 anos a máxima. Os homens ( $N=80$ ) apresentaram média de 30,36 anos (DP=8,29), sendo a idade mínima 18 anos e 60 anos a máxima. As mulheres ( $N=79$ ) apresentaram média de 31,24 anos (DP=8,81), com idade mínima de 18 anos e 53 anos a máxima. Dados escolares indicaram que 8 participantes (5%) não haviam completado o ensino fundamental, 51 (32,1%) tinham o ensino fundamental completo, 23 (14,5%) o ensino médio incompleto, 20 (12,6%) o ensino médio completo, 38 (23,9%) o ensino superior incompleto, 15 (9,4%) o ensino superior completo e 14 (2,5%) tinham pós-graduação. Ao todo, 109 sujeitos (68,6%) reprovaram alguma vez na vida e 64 (40,3%) foram expulsos e/ou suspensos. Ainda, 107 (67,3%) dos participantes referiram que seus professores tinham queixas a seu respeito tal como falta de atenção, 63 (39,6%); problemas comportamentais, 59 (37,1%); falta de interesse, 59 (37,1%); não realização de tarefas, 53 (33,3%) e desorganização, 27 (17%).

Em termos de perdas significativas vivenciadas nos últimos 12 meses, a maioria dos participantes, 104 (65,4%), indicou ter passado por essa experiência. Além do crack que toda a amostra ( $N= 159$ ) estava utilizando antes da internação, 110 participantes (69,2%) fazia uso de

## MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA EM DEPENDENTES DE CRACK

nicotina, 100 (62,9%) uso de álcool, 78 (49,1%) uso de cocaína, 50 (31,4%) uso de maconha, 5 (3,1%) uso de LSD e ecstasy e 2 (1,3%) utilizavam solvente antes da internação.

### *Material*

*Entrevista semiestruturada para levantamento de dados sociodemográficos e o padrão de consumo de substâncias psicoativa*, foi elaborada pelas pesquisadoras para os fins desta pesquisa considerando os seguintes indicadores: situação empregatícia, escolar, familiar, renda, ocorrência e padrão de uso de múltiplas substâncias (lícitas e ilícitas), tempo de uso na vida de crack e demais substâncias.

*Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)*, validado no Brasil por Cunha (2001). Escala de auto relato que mede a intensidade de sintomas de ansiedade, indicada para sujeitos entre 17 e 80 anos de idade. Possui 21 itens avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de zero a três pontos, que vão desde absolutamente não, levemente, moderadamente e gravemente. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais e varia entre zero a 63, sendo classificado em quatro níveis, mínima (0-10), leve (11-19), moderada (20-30) e grave (31-63). O BAI apresentou um coeficiente alpha de 0,92.

*Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)*, adaptação brasileira por Gorenstein, Pang, Argimon, e Werlang (2011). É composto por 21 itens, que medem a intensidade da depressão a partir dos critérios para transtornos depressivos no DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association [APA]*, 2002), em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos de idade. Cada item é avaliado conforme uma escala de quatro pontos que varia de zero a três. O escore total é o resultado da soma dos escores individuais e a pontuação total máxima é 63. A partir do escore total classifica-se a intensidade da depressão, que pode ser mínima (0-13), leve (14-19), moderada (20-28) e grave (29-63). O coeficiente alfa do BDI-II para os pacientes ambulatoriais foi 0,92 e para os estudantes 0,93.

*Cocaine Craving Questionnaire-Brief (CCQ-B)*, a adaptação transcultural para o idioma do português do CCQ-Brief – Versão Brasileira foi realizada por Araujo, Pedroso e Castro (2010). A versão brasileira distribuiu-se em dois fatores, sendo o fator 1 representado pelo constructo do *craving* (fissura), e o fator 2, a falta de controle do uso do *crack*. Os pontos de corte da escala podem ser divididos em: escore total (mínimo 0 a 11 pontos, leve 12 a 16 pontos, moderado 17 a 22 pontos e grave 23 ou mais pontos), fator 1 (mínimo 0 a 7 pontos, leve 8 a 9 pontos, moderado 10 a 11 pontos e grave 12 ou mais pontos) e fator 2 (mínimo 0 a 2 pontos, leve 3 a 4 pontos, moderado 5 a 6 pontos e grave 7 ou mais pontos). A consistência interna do instrumento foi calculada através do alpha de Cronbach e de seus dois fatores. O alfa total foi de 0,85 nos 10 itens, no fator 1 o alpha foi de 0,93 (8 itens) e no fator 2 alpha de 0,66 (2 itens). O instrumento apresentou coeficiente de confiabilidade de 0,88.

*Escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment)*, validação e adaptação da URICA para usuários de substâncias psicoativas ilícitas no Brasil, realizada por Szupszynski e Oliveira (2008), é composta por 24 itens, que devem ser respondidos dentro de uma escala de Likert de um a cinco pontos. Os estágios da escala são avaliados através de quatro subescalas: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção, sendo cada uma das subescalas constituídas por seis itens. Devido à dinamicidade atribuída aos estágios motivacionais, cada sujeito terá uma pontuação mínima de oito pontos e máxima de 32 pontos em todos os estágios. Posteriormente, classificam-se os escores conforme a normatização brasileira da URICA, verificando assim o estágio motivacional em que o sujeito se encontra no momento presente. Resultados de confiabilidade através do Coeficiente de Alfa de Cronbach de 0,657, que verifica a homogeneidade dos componentes do instrumento, mostraram uma boa consistência interna da escala. A Escala URICA está baseada nos estágios de mudança do Modelo Transteórico de Mudança do Comportamento (MTT) e busca avaliar os estágios motivacionais.

*Régua de Prontidão para Mudança* é uma forma simples e rápida de acessar o estágio de motivação para mudança. O aplicador mostra a régua para o participante e pergunta “qual ponto nesta linha melhor reflete o quanto pronto você está no presente momento para mudar seu comportamento?”. A régua de prontidão consiste em uma linha, numerada de 0 a 10, significando o 0 “nenhuma vontade de mudar” e o 10 “muita vontade de mudar”. Outra pergunta que o aplicador pode questionar é o quão confiante o sujeito está de que consegue a mudança do comportamento, sendo 0 “nenhum pouco” e 10 “extremamente” (Velasquez, Maurer, Crouch, & Diclemente, 2001).

### *Procedimento*

Posteriormente na presença dos participantes da pesquisa foi apresentado e explicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Os que aceitarem participar do estudo foram convidados no primeiro encontro a assinar o documento em duas vias, sendo que uma ficava com a pesquisadora e outra cópia do documento com o participante. Após a assinatura do TCLE, foi solicitado que o participante respondesse os instrumentos, Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), *Cocaine Craving Questionnaire-Brief* (CCQ-B) para o Crack, Escala URICA para drogas ilícitas e a Régua de prontidão para mudança. Os instrumentos foram aplicados pela própria pesquisadora em sala com iluminação e silêncio adequados do hospital e/ou clínica, a fim de assegurar o sigilo e a privacidade. A duração estimada para aplicação dos instrumentos foi de aproximadamente 60 minutos para cada participante, com um único encontro para aplicação dos instrumentos.

### *Procedimentos Éticos*

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), São Leopoldo, Rio Grande do Sul, tendo sido aprovado sob o número 13/014. Aos participantes foi oportunizada a devolução individual durante a internação, sendo essa realizada no máximo até sete dias após a aplicação dos instrumentos.

### *Análise dos Dados*

Os dados foram analisados a partir de técnicas estatísticas inferenciais. Especificamente, ANOVAS foram utilizadas para avaliar os efeitos principais das variáveis sexo e tipo de instituição – além da interação entre essas variáveis – nas variáveis sintomas de ansiedade (BAI), sintomas de depressão (BDI-II), craving (CCQ-B), URICA e régua de prontidão. Correlações de Pearson foram empregadas para estimar a relação linear entre as variáveis BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA e régua de prontidão. Além disso, regressões lineares multivariadas foram empregadas para estimar modelos de predição para as variáveis fissura, URICA e régua de prontidão. O valor alpha foi definido como 0,05 para todos os testes estatísticos.

## **RESULTADOS**

Os índices de ansiedade e de depressão foram avaliados através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e Inventário de Depressão de Beck (BDI-II), apresentados no Quadro 1. Identificou-se através dos escores do BAI que 49 participantes (30,8%) tinham sintomas de ansiedade mínimos; 54 (34%) sintomas leves; 31 (19,5%) sintomas moderados e 25 (15,7%) sintomas graves. O BAI teve uma média de 17,7 (DP=12,4) pontos, que está situada na categoria de depressão mínima. As análises dos escores do BDI-II indicaram que 29 participantes (18,2%) possuíam sintomas de

## MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA EM DEPENDENTES DE CRACK

depressão mínimos; 29 (18,2%) sintomas leves; 49 (30,8%) sintomas moderados e 52 (32,8%) sintomas graves. O BDI-II teve uma média de 23,8 (DP=10,7) pontos, que está situada na categoria de ansiedade moderada. Considerando homens e mulheres nas instituições privadas e públicas, verifica-se que houve maior frequência de grau grave entre as mulheres do sistema público ( $X^2=9,9$ ; GL=3;  $p=0,01$ ).

### Quadro 1.

Escores total e categorias do BAI, BDI-II e CCQ-B da amostra ( $N=159$ ) por sexo e instituição pública e privada

	Homens				Mulheres				Total n (%)
	Público		Privado		Público		Privado		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>BAI</b>									
Mínimo	13	32,5	16	40	10	16,9	10**	50	49 (30,8%)
Leve	13	32,5	16	40	20	33,9	5	25	54 (34%)
Moderado	8	20	5	12,5	14	23,8	4	20	31 (19,5%)
Grave	6	15	3	7,5	15**	25,4	1	5	25 (15,7%)
<b>BDI-II</b>									
Mínimo	6	15	12	30	8	13,6	3	15	29(18,2%)
Leve	7	17,5	7	17,5	11	18,6	4	20	29 (18,2%)
Moderado	10	25	8	20	22	37,3	9	45	49 (30,8%)
Grave	17	42,5	13	32,5	18	30,5	4	20	52 (32,8%)
<b>FISSURA- CCQ-B</b>									
Mínimo	7	17,5	9	22,5	12	20,4	5	25	
Leve	7	17,5	6	15	16	27,1	7	35	
Moderado	9	22,5	12	30	13	22	4	20	
Grave	17	42,5	13	32,5	18	30,5	4	20	

\*\*  $p < 0,01$

O instrumento CCQ-B para o crack avaliou o escore total da fissura. Da amostra total de participantes ( $N=159$ ), a média do escore da fissura foi de  $M=19,18$  ( $DP=9,3$ ), tendo a pontuação categorizada em grau moderado, o fator 1, que representa o constructo da fissura, teve média de 13,59 ( $DP=7,8$ ), tendo a pontuação categorizada como grau grave e o fator 2, que representa a falta de controle do uso do crack, com média de 6,63 ( $DP=4,1$ ), categorizado como grau moderado. O Quadro 1 apresenta as frequências conforme sexo e instituição de internação.

Os dados levantados pela aplicação da escala URICA indicam que a média geral do Escore de Prontidão para mudança de comportamento (EP) foi de  $M=58,82$  pontos ( $DP=11,48$ ). Este resultado indica que os participantes do presente estudo não estavam motivados para a mudança do comportamento problema. A análise de frequência mostrou que 51(32%) participantes estavam, no momento da pesquisa, na subescala de pré-contemplação, que teve média de  $M=12,9$  pontos ( $DP=4,5$ ); dois (1,3%) na subescala de contemplação, com média de  $M=21,8$  pontos ( $DP=3,3$ ); 44 (27,7%) na subescala de ação, com média de  $M=22,8$  pontos ( $DP=3,1$ ) e 62 (39%) na subescala de manutenção, com média de  $M=20,9$  pontos ( $DP=3,6$ ).

Para a Régua de Prontidão para Mudança, na primeira pergunta de como se sentiam em relação à possibilidade de mudança, a média geral do instrumento foi de  $M=8,2$  pontos ( $DP=1,62$ ). Na segunda pergunta, ao apontarem o quão confiante estavam para mudar o comportamento, a média geral foi de  $M=8$  pontos ( $DP=1,85$ ). Esse resultado indica maior tendência a reconhecerem que estão com vontade de mudar e que se sentem confiantes para alcançar a mudança almejada.

*Comparações e correlações entre homens e mulheres do sistema público e privado no BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão*

A avaliação do BAI quanto aos sintomas de ansiedade, indicou que não houve significância estatística para o efeito principal para o sexo,  $F(1, 159) = 1,69, p = 0,196$ , e para a interação entre sexo e local de internação,  $F(1, 159) = 2,47, p = 0,118$ . No entanto, houve diferenças significativas nos níveis de ansiedade de indivíduos internados em instituição pública versus privada,  $F(1, 159) = 11,10, p = 0,001$ . Especificamente, o escore total médio no BAI dos indivíduos internados no sistema público se mostrou maior do que dos indivíduos internados no sistema privado.

Quanto aos sintomas de depressão, verificados através da pontuação total do BDI-II, os resultados revelam não haver diferenças entre os sexos,  $F(1, 159) = 0,05, p = 0,831$ , e entre os grupos de internação pública versus privado,  $F(1, 159) = 3,03, p = 0,084$ . A falta de significância estatística para a interação mostrou que os padrões de depressão de homens e mulheres foram similares nos dois tipos de instituição. A interação entre o sexo e o local de internação não apresentou significância estatística em relação às médias do BDI-II,  $F(1, 159) = 0,12, p = 0,726$ . O nível de depressão foi similar entre homens e mulheres internados em instituição pública e/ou privada.

Em relação à fissura, avaliada através do CCQ-B para o crack, os resultados revelam não haver diferenças entre os sexos,  $F(1, 159) = 1,19, p = 0,277$ , e entre os grupos de internação pública versus privada,  $F(1, 159) = 0,22, p = 0,637$ . Analogamente, a interação entre o sexo e o local de internação também não apresentou significância estatística,  $F(1, 159) = 0,98, p = 0,324$ .

Os resultados da motivação para mudança do comportamento aditivo, conferida através da URICA, revelaram diferenças significativas entre os sexos,  $F(1, 158) = 6,69, p = 0,011$ , e entre os locais de internação,  $F(1, 158) = 8,23, p = 0,005$ . Especificamente, foram observadas médias mais altas para mulheres e para indivíduos internados em instituição privada.

As variáveis BDI-II e CCQ-B para o crack foram aquelas que se mostraram mais correlacionadas às demais variáveis. Os sintomas de depressão se correlacionaram positivamente com os sintomas de ansiedade e fissura e negativamente com a Régua de Prontidão. Vale ressaltar que a Régua de Prontidão e o Escore de Prontidão (URICA) se correlacionaram negativamente, o que indica que não avaliam o mesmo aspecto psicológico. Esses achados podem ser observados no Quadro 2.

## Quadro 2.

Correlações de Pearson entre as variáveis BAI, BDI-II, CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão

	BAI	CCQ-B	RÉGUA	URICA
BDI-II	0,565**	0,184*	-0,245**	-0,016
BAI	1	0,184*	-0,038	-0,006
CCQ-B		1	-0,370**	-0,168*
Régua			1	0,055
URICA				1

\* $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$

### *Regressões lineares em relação às variáveis CCQ-B, URICA e Régua de Prontidão*

Considerando os cálculos de regressões lineares em relação às variáveis CCQ-B para o crack, URICA e Régua de Prontidão foram considerados preditores como sexo, instituição, dados sociodemográficos, ansiedade e depressão. Além disso, três variáveis foram criadas para a análise da fissura (CCQ-B) e Régua de Prontidão: perdas (o somatório de perdas que o indivíduo teve, como pessoas significativas, familiares, amigos, namorado, clientes e animais de estimação), conduta (o somatório de queixas de professores, de falta de atenção, de conduta inadequada, desorganização, falta de interesse e não realização de tarefas) e substâncias (somatório de

## MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA EM DEPENDENTES DE CRACK

substâncias que já utilizou, como álcool, nicotina, solvente, maconha, cocaína, crack, LSD e ecstasy).

Os resultados, representados no Quadro 3, mostraram que os principais preditores de prontidão para a mudança através da URICA foram o sexo,  $\beta = -0,26$ ,  $p = 0,005$ , o local de internação,  $\beta = -0,23$ ,  $p = 0,010$ , e a experiência de perdas significativas,  $\beta = -0,18$ ,  $p = 0,025$ . Especificamente, maiores escores de prontidão para a mudança foram observados em indivíduos do sexo feminino, internados em instituição privada, e que não tinham experienciado perdas significativas.

Na análise da fissura através do CCQ-B para o crack não foram incluídas as variáveis sexo, local de internação, trabalho e estudo, porque, além de não contribuírem explicando a variável dependente, tornavam o modelo de regressão não-significativo. Os resultados mostraram que os principais preditores da fissura foram a prontidão para a mudança do comportamento,  $\beta = -0,16$ ,  $p = 0,047$ , e os problemas de conduta,  $\beta = 0,16$ ,  $p = 0,047$ . Especificamente, maiores escores de fissura foram observados para indivíduos com baixos escores de prontidão e com um histórico de problemas de conduta (Quadro 3).

### Quadro 3.

Contribuição das variáveis sexo, sociodemográficos, conduta, perdas, instituição, sintomas de ansiedade e depressão em relação à URICA, à CCQ-B e à Régua de Prontidão

Modelo URICA	Beta	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>
			,064
Sexo	-0,26	0,005**	-5,330
Local de internação: público ou privado	-0,23	0,010*	-4,864
Já trabalhou	0,078	0,375	1,908
Idade	-0,01	0,886	-0,015
Estuda	-0,03	0,725	-0,945
Perdas significativas	-0,18	0,025*	-2,515
Escore total BAI	-0,01	0,989	-0,001
Escore total BDI-II	0,05	0,606	0,051
Modelo CCQ-B	Beta	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>
			0,107
Escore de Prontidão	-0,139	0,047*	
Escore total BAI	0,069	0,331	
Escore total BDI-II	0,098	0,231	
Conduta	0,621	0,037*	
Perdas	0,004	0,831	
Substâncias	-0,926	0,125	
Modelo Régua de Prontidão	Beta	<i>p</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>
			0,89
Sexo	0,223	0,385	0,385
Local de internação: público ou privado	0,356	0,183	0,183
Escore total BAI	0,017	0,176	0,176
Escore Total BDI-II	-0,048	0,001**	0,001
Conduta	-0,015	0,761	0,761
Substâncias	0,058	0,557	0,557

\* $p < 0,05$  \*\*  $p \leq 0,005$

A fim de obter apenas uma variável dependente, foi calculada a média das duas perguntas da Régua de Prontidão para a mudança (a e b), a qual foi utilizada na análise de regressão. No cálculo, foram incluídas as variáveis substâncias, sexo, escore total BDI-II, conduta, local de internação e escore total BAI. Os resultados mostraram que o único preditor da Régua de Prontidão foram os escores em depressão (BDI),  $\beta = -0,33$ ,  $p = 0,001$ . Quanto maiores os escores em depressão, menores os escores na Régua (Quadro 3).



## DISCUSSÃO

Este estudo teve por objetivo verificar as diferenças entre os sintomas de ansiedade e depressão, fissura por crack e motivação para a mudança do comportamento entre 159 adultos do sexo feminino e masculino dependentes de crack internados para desintoxicação em instituição de saúde pública e privada. Chama a atenção as características da variabilidade da faixa etária dos participantes que apesar de se situar predominantemente na faixa de 30 anos de idade, incluiu sujeitos de até 60 anos. Da mesma forma, o nível de escolaridade abarcou desde sujeitos com ensino fundamental incompleto até pós-graduados. Essas características apontam para um perfil de dependente que não se limita ao sexo masculino, jovens de baixa escolaridade e baixa renda e que indica a ampliação do uso e dependência do crack. Aspecto esse importante, visto que os dependentes de crack frequentemente são classificados como pertencentes a classes sociais menos favorecidas (Dualibi, Ribeiro, & Laranjeira, 2008; Freire, Santos, Bortolini, Moraes, & Oliveira, 2012; Sayagoa, Lucena-Santos, Horta, & Oliveira, 2014).

Os entrevistados deste estudo utilizavam outras substâncias lícitas e ilícitas, além do crack. Comportamento comum entre os dependentes de crack e apontado por diversos estudos que buscam explicar o uso associado de crack com outras substâncias, entre elas, redução dos efeitos ansiogênicos e da fissura (Oliveira & Nappo, 2008; Ribeiro, Dualibi, Perrenoud, & Sola, 2012; Sayagoa et al., 2014).

Mais de 60% dos participantes apresentaram sintomas depressivos de moderados a grave com uma média geral classificada como moderada. Ao contrário, a média de sintomas de ansiedade foi classificada como mínima, sendo que 35% estavam na categoria moderada a grave. Estes achados também vão de encontro com a pesquisa realizada por Sayagoa (et al., 2014) com 84 adultos usuários de crack internados na rede pública e privada na cidade de Porto Alegre, apontou altos índices 56% (n=47) de problemas clinicamente significativos na subescala de depressão. Além dos agravos comportamentais, sociais e cognitivos é frequente a ocorrência de comorbidades psiquiátricas entre dependentes de crack (Marques, Ribeiro, Laranjeira, & Andrada, 2012; Sayagoa et al., 2014).

Da mesma forma, a fissura pelo crack avaliada através do CCQ-B apontou que os participantes apresentavam fissura moderada. Entretanto, a média do fator 1 (constructo da fissura) apontou grau grave, sendo somente a média do fator 2 (falta de controle do uso de crack), grau moderado. Estudos com pacientes internados que relacionaram o desejo pela droga aos aspectos ambientais, onde a droga não estivesse disponível, como em hospitais, indicam que os pacientes têm apresentado menos fissura, quando comparados aos pacientes tratados em ambulatório (Marques & Seibel, 2010; Zeni & Araujo, 2011).

Contudo, tomando como referência somente o fator 1, relativo à fissura, os altos valores identificados no presente estudo apontam a importância de compreender o que a droga é capaz de desencadear no dependente e de que forma pode-se promover a utilização de estratégias para enfrentar esse desejo. Entre tantas estratégias, a abordagem baseada nos princípios motivacionais parecem ser uma das que mais ajuda o dependente a superar o desafio e mudar o comportamento que vem lhe prejudicando. Outra aproximação é a técnica cognitiva de substituição por imagem positiva que pode auxiliar no manejo da fissura, sendo uma opção interessante no atendimento dos dependentes (Santos, Rocha, & Araújo, 2014).

O Escore de Prontidão (EP) para mudança do comportamento, investigado através da URICA, indicou que em geral os participantes deste trabalho apresentaram-se desmotivados para a mudança do comportamento. Houve, porém, diferenças significativas entre os locais de internação público e privado e os sexos. Os participantes do sistema privado, quando comparados com os do sistema público estavam mais motivados para mudança do comportamento. Da mesma forma, as mulheres apresentaram médias mais altas, o que indica que as mesmas estariam mais motivadas para

## MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA EM DEPENDENTES DE CRACK

mudança do comportamento problema. Pode-se supor que as mulheres estariam mais motivadas para retornar a vida e rotina anterior à dependência da droga, tendo estabelecido objetivos de vida que sustentariam a mudança de comportamento. Outro fator que poderia associar-se à maior motivação refere-se ao nível de escolaridade que foi maior no sistema privado.

Um indivíduo com grave dependência de droga pode estar motivado para a mudança do seu comportamento, como também pode não desejar a mudança, simplesmente pelo fato de não imaginar sua vida sem a droga, visto que o fato de buscar tratamento não significa uma motivação para a mudança do comportamento problema (Orsi & Oliveira, 2006). De acordo com a teoria cognitiva, o sujeito em sofrimento fica preso a um estilo para manter a sobrevivência em situações de ameaça e a capacidade de cogitar outras interpretações ficam bloqueadas (Beck & Alford, 2000). Avaliar o dependente químico levando em consideração apenas as subescalas seria uma fragmentação do processo de mudança que almeja o sujeito. Portanto, a identificação do estágio em que o dependente químico encontra-se é de vital importância durante o tratamento, uma vez que o estágio determina a direção da abordagem terapêutica utilizada pelo profissional e viabiliza a promoção de mudança de comportamento com o objetivo de cessar o consumo de crack (Rodrigues et al., 2013).

Oliveira, Szpyszynski e DiClemente (2010) em um estudo nacional sobre a relação entre o estágio motivacional e a adesão ao tratamento com 103 adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas, verificou que 69,3% dos dependentes químicos não possuíam motivação para a mudança do comportamento, ou seja, encontravam-se no estágio de pré-contemplação no momento da avaliação e conseqüentemente não aderiram ao tratamento. Esse estudo também apontou que o dependente de crack tem menor adesão ao tratamento quando comparado a outras substâncias químicas, indicando a necessidade do trabalho com o dependente de crack.

Averiguando a régua de prontidão para a mudança através de duas perguntas autoavaliativas, os participantes deste estudo apresentam vontade de mudar o comportamento e se sentem confiantes para alcançar a mudança. Não houve diferenças estatísticas significativas entre as instituições pública e privada e entre os sexos.

Esses resultados, o Escore de Prontidão (URICA) e a régua de prontidão para mudança tiveram resultados divergentes. Os escores da URICA demonstraram que os participantes não estavam motivados para mudança do comportamento. No entanto, através da régua de prontidão, indicaram ter vontade de mudar o comportamento, além de se sentirem confiantes de que a mudança iria acontecer em suas vidas. Quando comparados os participantes conforme os sistemas de saúde, aqueles do sistema privado demonstraram estar mais motivados para mudança que os do público, segundo escores da URICA. Já através da régua de prontidão, os participantes do sistema público apresentaram maior motivação e confiança para realizar a mudança.

As correlações entre a URICA e a Régua de Prontidão foram negativas, fato este que indica que ambos os instrumentos não mensuraram o mesmo constructo da mudança do comportamento. Pode-se inferir que a URICA analisa a motivação para a mudança do comportamento de forma multidimensional através de 24 questionamentos e oferece cinco tipos de resposta. Já a Régua de Prontidão para mudança do comportamento avalia de forma unidirecional, oferecendo pergunta direta e uma régua de 0 a 10 para o indivíduo se autoavaliar. Portanto, pode-se inferir que a avaliação da régua corresponde somente à intenção imediata de mudança, enquanto que a da URICA explora de forma mais complexa o estágio de mudança que o sujeito se encontra. Dessa forma, apesar de haver o desejo de mudança em todos os participantes, ao se considerar a multidimensionalidade da decisão de mudar verificam-se as dificuldades do dependente em sustentar esse processo.

A análise da associação entre os sintomas emocionais e motivação para mudança e fissura, indicou que os sintomas de depressão (BDI-II) foram positivamente correlacionados com os sintomas de ansiedade (BAI) e a fissura (CCQ-B), porém negativamente com a régua de prontidão

para mudança. De acordo com a investigação de Araujo et al. (2011) com 109 homens internados devido a dependência de crack realizada em Porto Alegre, tanto os indivíduos que apresentam mais sintomas de depressão como aqueles que consomem mais crack tinham fissura de intensidade mais grave, porém somente os deprimidos percebiam a falta de controle do uso de crack.

A intensidade da fissura foi o principal preditor da prontidão para a mudança do comportamento (URICA). Maiores escores de fissura foram encontrados em participantes com baixos escores de prontidão para mudança e com histórico de problemas de conduta na fase escolar. Uma das características do abuso do crack é o alto potencial aditivo decorrente da intensa fissura, sensação essa que possui componentes fisiológicos, cognitivos, afetivos e comportamentais que estimulam o consumo repetitivo e compulsivo que coloca em risco a vida do sujeito e acarreta impactos pessoais e sociais (Chaves, Sanchez, Ribeiro, & Nappo, 2011; Santos et al., 2014).

Dificuldades na trajetória escolar, tais como reprovação, suspensão, expulsão, queixas dos professores quanto à falta de atenção, não realização das tarefas, comportamentos inadequados, entre outros, podem predispor o sujeito a uma maior vulnerabilidade a drogas e, conseqüentemente, a uma predisposição à dependência química. A precariedade de uma assistência e rede de apoio disponível pode cronificar quadros que assistidos poderiam ser prevenidos, visto que o potencial de proteção que uma comunidade pode oferecer é inestimável. A intervenção precoce da família e escola é essencial para interromper uma escalada no uso de drogas e prevenir danos futuros (Hochgraf & Brasiliano, 2010; Selegim & Oliveira, 2013).

Também se verificou que os principais preditores de prontidão para mudança foram o sexo feminino; instituição privada e que não tenham vivenciado perdas significativas. Quanto maiores os escores de depressão, menos motivados e confiantes para a mudança estavam os participantes; maiores escores de fissura foram encontrados em participantes com baixos escores de prontidão para mudança e com histórico de problemas na fase escolar, porém os participantes mais motivados para mudança eram também os que apresentaram sofrimento devido ao grau de intensidade da fissura pelo crack estar elevado. Sendo assim, é preciso valorizar os participantes, independente do estágio motivacional, visto que para cada subescala existem estratégias e técnicas terapêuticas específicas que buscam evocar a mudança do comportamento.

Outro aspecto importante é que a dependência do crack parece afetar mulheres diferentemente do que os homens, sendo essas as que mais apresentaram sintomas de ansiedade graves, apesar de mais motivadas para a mudança do comportamento. Estes resultados confirmam a necessidade de mais pesquisas envolvendo as questões investigativas entres os sexos na dependência química.

Apesar do número de participantes deste estudo ser considerável, a amostra foi obtida por conveniência e limitada aos números de leitos oferecidos pelas instituições pesquisadas. Futuros estudos poderiam utilizar amostragem aleatória e também incluir um acompanhamento longitudinal da trajetória do dependente em relação à mudança.

Analisando a questão do aumento crescente do uso e dependência de substâncias psicoativas, bem como a necessidade de desenvolvimento de tratamentos, esta pesquisa fundamentou-se no interesse de ampliar e contribuir para o maior entendimento do dependente de crack internado para desintoxicação. Os dados apontaram que os dependentes de crack apresentaram sintomas moderado de ansiedade, sintomas mínimos de depressão, fissura moderada, encontravam-se no estágio de manutenção do comportamento. Especificamente, maior prontidão para a mudança foi observado em indivíduos do sexo feminino, internados em instituição privada, e que não tinham experienciado perdas significativas. Já a maior fissura associou-se a histórico de problemas de conduta.

Esses achados mostram que o tratamento para dependência química de drogas com alto potencial dependógeno e causador de diversos prejuízos biopsicossociais como o crack, necessita basear-se em uma avaliação criteriosa e aprofundada das características do paciente. No caso, verifica-se que a identificação do estágio motivacional, dos sintomas de ansiedade, depressão e a fissura pelo crack

## MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA EM DEPENDENTES DE CRACK

permite o planejamento de intervenções orientadas para uma abordagem terapêutica personalizada baseada em estratégias de enfrentamento efetivo.

### REFERÊNCIAS

- Alves, H. N. P., Ribeiro, M., & Castro, D. S. (2011). Cocaína e Crack. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.), *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 170-179). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association [APA] (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR). 4. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Araujo R. B., Pedroso R. S., & Castro M. G. T. (2010). Adaptação transcultural para o idioma português do *Cocaine Craving Questionnaire – Brief*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(5), 195-198. doi: 10.1590/S0101-60832010000500002
- Araujo, R. B., Castro, M. G. T., Pedroso, R. S., Santos, P. L., Leite, L., Rocha, M. R., & Marques, A. C. P. R. (2011). Validação psicométrica do *Cocaine Craving Questionnaire-Brief – Versão Brasileira Adaptada para o Crack* para dependentes hospitalizados. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4), 233-239. doi: 10.1590/S0047-20852011000400001
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Bordin, S., Figlie, N. B., & Laranjeira, R. (2010). Cocaína e crack. In N. B. Figlie, S. Bordin, & R. Laranjeira. *Aconselhamento em dependência química* (pp. 77-94). 2. ed. São Paulo: Roca.
- Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., & Mantovani, M. F. (2013). Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 468-474. doi:10.5380/ce.v18i3.33556
- Castro, M. M. L. D., & Passos, S. R. L. (2005). Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependentes de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32 (6), 330-335. doi: 10.1590/S0101-60832005000600004
- Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A., & Nappo, S. A. (2011). Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, 45(6), 1168-1175. doi:10.1590/S0034-89102011005000066
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dualibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 545-557. doi: 10.1590/S0102-311X2008001600007
- Fernandes, S., Ferigolo, M., Benchaya, M. C., Pierozan, P. S., Moreira, T. C., Santos, V., Mazoni, C. G., Barros, H. M. T. (2010). Abuso e dependência de maconha: comparação entre sexos e preparação para mudanças comportamentais entre usuários que iniciam a busca por tratamento. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 80-85. doi:10.1590/S0101-81082010005000004
- Ferreira, A. C. Z., Capistrano, F. C., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., & Kirchhof. (2012). Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Cogitare Enfermagem*, 17(3), 444-451. doi:10.1590/S1413-81232010000300009
- Formiga, L. T., Santos, R. C. S., Dumcke, T. S., & Araujo, R. B. (2009). Comparação do perfil de dependentes químicos internados em uma unidade de dependência química de Porto Alegre/RS em 2002 e 2006. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, 29(2), 120-126.
- Freire, S. D., Santos, P. L., Bortolini, M., Moraes, J. F. D., & Oliveira, M. S. (2012). Intensidade de uso do crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto

- Alegre/Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(4), 221-226. Obtido em doi:10.1590/S0047-20852012000400005
- Galera, S. A. F. (2013). O enfrentamento do uso do crack. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6). doi: 10.1590/0104-1169.0000.2353
- Gorenstein, C., Pang, W. Y., Argimon, I. L., & Werlang, B. S. G. (2011). *Manual do inventário de depressão de Beck – BDI-II*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hochgraf, P. B., & Brasiliano, S. (2010). Mulheres e substâncias psicoativas. In S. D. Seibel (Orgs.). *Dependência de drogas*. 2. ed. (pp. 1025-1041). São Paulo: Atheneu.
- Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A. P., & Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Caderno Saúde Pública*, 27(1), 2263-2270. doi:10.1590/S0102-311X2011001100019.
- Laranjeira, R., Madruga, C. S., Ribeiro, M., Pinsky, I., Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S. (2013). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: O uso de cocaína e crack no Brasil*. Universidade Federal de São Paulo: Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas.
- Marinho, J. A. C., Araujo, R. B., & Ribeiro, M. (2012). Manejo da fissura. In M. Ribeiro, & R. Laranjeira. *O tratamento do usuário de crack* (pp 374-388). 2. ed. Porto Alegre: Artmed.
- Marques, A. C. P. R., & Seibel, S. D. (2010). Fissura (craving). In S. D. Seibel (Orgs.). *Dependência de drogas*. 2. ed. (pp. 217-229). São Paulo: Atheneu.
- Marques, A. C. P. R., Ribeiro, M., Laranjeira, R. R., & Andrada, N. C. (2012). Abuso e dependência: crack. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(2), 141-153. doi:10.1590/S0104-42302012000200008
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2008). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(6), 212-218. Obtido em doi:/10.1590/S0101-60832008000600002
- Oliveira, M. S., Szupszynski, K. D. R., & DiClemente, C. (2010). Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. *Psico*, 41(1), 40-46.
- Orsi, M. M., & Oliveira, M. S. (2006). Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína. *Estudos de Psicologia*, 23(1), 3-12. doi:10.1590/S0103-166X2006000100001
- Rangé, B. P., & Marlatt, G. A. (2008). Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2) 88-95. doi:10.1590/S1516-44462008000600006
- Ribeiro, M. (2012). Avaliação psiquiátrica e comorbidades. In M. Ribeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. (pp. 239-250). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, M., Dualibi, L. B., Perrenoud, L. O., & Sola, V. (2012). Perfil do usuário e história natural do consumo. In M. Ribeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). *O tratamento do usuário de crack*. 2. ed. 39-49. Porto Alegre: Artmed.
- Rodrigues, S. R., Horta, R. L., Szupszynski, K. P. D. R., Souza, M. C., & Oliveira, M. S. (2013). Revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para problemas relacionados ao crack. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 208-216. Obtido em doi: 10.1590/S0047-20852013000300005
- Santos, M. P., Rocha, M. R., & Araujo, R. B. (2014). O uso da técnica cognitiva substituição por imagem positiva no manejo do craving em dependentes de crack. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 121-6. doi:10.1590/0047-2085000000015
- Sayagoa, C. B. W., Lucena-Santos, P., Horta, R. L., & Oliveira, M. (2014). Perfil clínico e cognitivo de usuários de crack internados. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(1), 21-28. doi:10.1590/S0102-79722014000100003

## MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA EM DEPENDENTES DE CRACK

- Selegim, M. R., & Oliveira, M. L. F. (2013). Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(3), 263-268. doi: 10.1590/S0103-21002013000300010
- Straub, R. O. (2005). Permanecendo saudável. In R. O. Straub. *Psicologia da saúde*. (pp. 193-229). Porto Alegre: Artmed.
- Szupczynski, K. P. D. R., & Oliveira, M. S. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1), 31-39. doi:10.1590/S1413-82712008000100005
- Velasquez, M., Maurer, G., Crouch, C., & DiClemente, C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages-of-change therapy manual*. New York: The Guilford Press
- Wainer, R. & Piccoloto, N. M. (2011). Terapia cognitivo-comportamental da depressão na infância e adolescência. In C. S. Petersen, et al (cols). *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes* (pp. 170-194). Porto Alegre: Artmed.
- Wolle, C. C., & Zilberman, M. L. (2011). Mulheres. In A. Diehl, D. C. Cordeiro, & R. Laranjeira (Orgs.). *Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas* (pp. 375-382). Porto Alegre: Artmed.
- Zeni, T. C., & Araujo, R. B. (2011). Relação entre o craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(1), 28-33. em doi:10.1590/S0047-20852011000100006