

## RECAÍDA DOS USUÁRIOS DE CRACK EM TRATAMENTO NO CAPS ADIII: ESTUDO QUALITATIVO

Autor (1) Valéria Cristina Silva de Oliveira; Orientador (2) Rosemeri Siqueira Pedroso

*Centro de Estudos e Pesquisas em Álcool e outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre –  
CEPAD/HCPA. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre-RS, Brasil. E-mail:  
valeriapsico\_@hotmail.com*

**Resumo:** O crack apresenta-se como uma nova forma de uso da cocaína, com padrão de uso cada vez mais intenso e compulsivo, levando o usuário a recorrentes recaídas para o uso da substância, pós-tratamento hospitalar e/ou ambulatorial. O estudo tem como objetivo conhecer os fatores que contribuem para a recaída dos usuários de Crack. Adotou-se a metodologia qualitativa e amostra intencional por saturação, com amostra de doze usuários de crack, em tratamento no CAPS ad III no município de João Pessoa/PB. Foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista semiestruturada individual, sendo os dados explorados através da análise de conteúdo de Bardin e Escala de Recaída para Usuários de Crack – ERUC/2013. Os achados evidenciam uma maior expressão para fatores de risco que contribuem para a recaída em relação ao uso de crack, foram respectivamente: fissura para o uso da substância; expectativas positivas como euforia, prazer, autoconfiança; falta de um projeto de vida com hábitos saudáveis e do cultivo da espiritualidade, falta de habilidade para enfrentar as situações de risco, sentimentos de tristeza, solidão, ansiedade, desesperança, e conflitos afetivos. A identificação dos fatores que contribuem para a recaída do usuário de crack deve ser valorizada na elaboração dos projetos terapêuticos, privilegiando as questões individuais, familiares e sociais. Os achados sugerem uma abordagem multiprofissional e voltado para aprimoramento dos processos de prevenção à recaída, para que os usuários de crack consigam reduzir os riscos para o retorno do uso da substância em sua trajetória de tratamento.

**Palavras-chave:** usuário de crack; recaída; tratamento ambulatorial.

### INTRODUÇÃO

Dentre as drogas ilícitas, a cocaína é uma substância que tem ocasionado impacto na vida pessoal e familiar do indivíduo, levando o usuário à busca de tratamento. (SILIQUNI, 2005). O crack apresenta-se como uma nova forma de uso da cocaína, ocasionando, assim, um padrão de uso cada vez mais intenso e compulsivo, o que leva o usuário muitas vezes a consumir a droga até a exaustão, com implicações sociais e à saúde (DIEHL, 2009).

Os estudos sobre o crack iniciaram há pouco tempo no Brasil (KESSLER, 2008) e, dentre eles, destaca-se o mais recente inquérito epidemiológico, que descreveu as características sociodemográficas e comportamentais do usuário de crack. Realizada nas 26 capitais e no Distrito Federal, o estudo estimou 370 mil usuários de crack e/ou similares no país (BASTOS, 2013). Os dados apontam que, nas capitais, o tempo de uso do crack é de, aproximadamente, 8 anos, onde mais da metade dos usuários apresentam padrão de consumo diário. O estudo mostrou que 78,7% dos usuários presentes nas cenas de uso são do sexo masculino.

Inquéritos anteriores também apresentam achados em relação ao uso de drogas: no I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2001), os dados apontam que 19,4% da população pesquisada fez uso na vida de drogas, exceto tabaco e álcool. Já no II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas no Brasil (2005), os achados foram 22,8%, correspondendo a 10.746.991 pessoas. Em relação ao uso de cocaína na vida, houve um aumento de 0,6%, comparando o ano de 2001( 2,3%) com 2,9% no ano de 2005 (CARLINI, 2002).

Ao reconhecer o uso de substâncias psicoativas como um problema de Saúde Pública, o Ministério da Saúde, programou, no ano de 2002, a Política Nacional de Saúde Mental, em atenção às pessoas com o uso prejudicial de álcool e outras drogas. Dentre os serviços para tratamento de base comunitária ofertada pelo Sistema Único de Saúde – SUS destacam-se: Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS ad III) e os Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas – SHR ad (BRASIL, 2009).

Os achados em relação aos serviços públicos de tratamento da dependência química acessados pelos usuários no Brasil, nos últimos 30 dias antecedentes à pesquisa, foram: 6,3% Caps ad e dos serviços de regime residencial ou internação, os dados apontam 4,2% comunidades terapêuticas; 3,8% clínica especializada e com 3,6% hospital psiquiátrico. Destaca-se também que 78,9% dos entrevistados relataram o desejo em fazer tratamento para o uso de drogas (BASTOS, 2013).

A recaída tem sido um dos maiores desafios no tratamento de um indivíduo com dependência química, ao longo do tratamento. Alguns autores definem a recaída como o retorno aos sintomas após um período de remissão (DIEHL, 2009) outros definem como um

processo dinâmico que resulta no retorno aos padrões anteriores de comportamentos considerados problema (BRADON, 2007).

As causas das recaídas em transtornos de comportamento tem sido estudadas, e desta forma têm desenvolvidos modelos de tratamentos de prevenção, considerando a incidência desses transtornos. (UCHOA, 1996). Porém, ainda são poucos os estudos que abordam a recaída de usuários de crack, embora achados recentes apontem que estas ocorrem com frequência após alta hospitalar e/ou ambulatorial (PEDROSO, 2013). Assim o objetivo deste estudo foi conhecer os fatores que influenciam na recaída dos usuários de crack em tratamento no serviço ambulatorial de Atenção Psicossocial CAPS ADIII, através das narrativas sobre o consumo e utilizando a Escala de Recaída para usuários de Crack - ERUC/2013.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo de uma amostra intencional de doze usuários de crack, sendo oito homens e quatro mulheres, em tratamento no CAPS ad no município de João Pessoa/PB, realizados nos meses de maio e junho de 2015. Os critérios para seleção dos sujeitos foram: Apresentar Diagnóstico de Transtorno por Uso de Substância de acordo com os critérios do DSM – 5; Ser do sexo masculino ou sexo feminino, ter o crack como droga de preferência através do auto relato, maiores de 18 anos de idade, possuir histórico de recaídas aferido pelo prontuário do sujeito, aceitar voluntariamente participar do estudo, ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e não apresentar prejuízos cognitivos comprometedores que impossibilitam a participação no estudo.

Os participantes do estudo foram selecionados no próprio CAPS ad III, Foram realizadas doze entrevistas, quando os discursos atingiram o critério de saturação (FONTANELLA, 20018), ou seja, quando os relatos dos entrevistados apresentaram redundâncias e nenhuma informação nova foi descoberta. Ainda foram realizadas mais duas entrevistas para a confirmação das repetições das narrativas e foram descartadas posteriormente.

Os instrumentos de investigação utilizados: 1) Entrevista individual semiestruturada,

que foram gravadas em áudio com a autorização do entrevistado, com perguntas abertas previamente padronizadas, contendo os dados sociodemográficos ( aferidas pelo prontuário do usuário) e referentes a frequência/padrão de consumo do crack . 2) Escala de Recaída para do Usuário de Crack- ERUC, validadas no Brasil pelos pesquisadores Pedroso, Kessler & Pechansky, 2013.

Na ERUC são apresentados vinte e cinco fatores de risco que podem influenciar na recaída dos usuários de crack, para as quais se deve marcar o quanto se discorda ou concorda, em relação ao uso de crack, durante os últimos seis meses ( numa escala que vai de 1=discordo totalmente a 5=concordo totalmente). Esta escala avalia seis diferentes fatores para a recaída para o uso do crack: Fator 1 – Emoções, família e afeto; Fator 2 – Coping Fator 3 - saúde, sexo e tratamento); Fator 4 – Aspectos sociais e legais; Fator 5- Expectativas positivas e Fator 6 – Craving.

Antes da realização da investigação propriamente dita, foi realizado um estudo-piloto com uma amostra de 08 usuários de crack, selecionados em diferentes serviços e dentre eles pessoas em situação de rua que não se conheciam, para assegurar uma amostra heterogênea. O roteiro das questões norteadoras do estudo foi testado, quanto à sua viabilidade, a fim de fazer correção de erros e realizar os ajustes necessários na sua aplicação.

Foram divididas em três etapas a logística do estudo: Primeira etapa- Foi identificada uma sala em ambiente tranquilo e confortável no próprio CAPS AD III, a fim de evitar interferências que venham prejudicar a concentração dos participantes durante toda a coleta de dados; Segunda etapa -. Em conversa individual com cada sujeito foram esclarecidos os objetivos do estudo, explicado cada etapa da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com garantia de sigilo e anonimato e na Terceira etapa – Realização de entrevista individual, cujo horário foi acordado com os próprios sujeitos, foram gravadas em áudio e em seguida foi aplicada a Escala de Recaída para Usuários de Crack (ERUC) com os sujeitos que concordaram em participar da pesquisa voluntariamente e que assinaram o Termo Livre e Esclarecido. O tempo destinado para cada entrevista e Aplicação da ERUC foi com duração mínima de 60 min e máxima de 1 h e 40 min.

Para análise das entrevistas, foram transcritos todo o conteúdo das narrativas de

forma ordenada, categorizada pela pesquisadora principal e submetidas à análise de conteúdo de Bardin (1977), através de três etapas: pré análise, contato com o material coletado através de “leitura flutuante e constituição do corpus da pesquisa”. A exploração do material consistiu na codificação e categorização, através das seguintes etapas: a) escolha das unidades de contagem, b) a seleção das regras de contagem e c) a escolha de categorias; Análise dos resultados- foram elaboradas inferências e interpretações alicerçadas no conteúdo das narrativas.

A análise da ERUC/2013 ocorreu através da avaliação da soma dos escores e classificação na categoria adequada. Cada fator foi analisado separadamente através das frequências absolutas e relativas das respostas em cada categoria. Para à análise do perfil sócio demográfico, foi realizado o cálculo das frequências absolutas e relativas das respostas a cada item. Para as variáveis quantitativas, foram apresentados à média e desvio-padrão.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio do Protocolo nº 5327 em conformidade com a Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra deste estudo foi composta por usuários de crack (n=12), sendo oito homens e quatro mulheres em tratamento. A tabela 1 demonstra as características dos usuários entrevistados. A idade variou entre 25 e 52 anos. Mais da metade (66,7%) dos usuários tinham ensino fundamental completo. Indivíduos solteiros (83%), católicos (83%), com moradia própria (66,7%) e em situação de rua (33,3%). Um pouco mais que a metade (58,3%) morava sozinha e 41,6% vivia com alguém da família de origem ou família atual.

**Tabela 1.** Dados sociodemográficos de usuários de crack em tratamento no CAPS ad (N=12)

| Nome/<br>idade/<br>sexo* | Escolaridade*  | Estado<br>Civil**** | Religião | Com<br>quem<br>reside? | Nº<br>filho | Profissão/<br>ocupação | Trabalha?         | Possui<br>moradia** |
|--------------------------|----------------|---------------------|----------|------------------------|-------------|------------------------|-------------------|---------------------|
| N36F                     | 2- 8 anos      | Solteiro            | Católica | Só                     | 02          | Copeira                | Desempregada      | SR                  |
| O49M                     | 9 anos ou mais | Casado              | Católica | Esposa                 | 06          | Pedreiro               | Bicos             | Sim                 |
| S52M                     | 2-8 anos       | Separado            | Católica | Só                     | 02          | Guarda<br>Civil        | Licença<br>médica | Sim                 |
| L46M                     | 9 anos ou mais | Solteiro            | Católica | Pai, mãe               | 03          | serigrafista           | Desempregada      | Sim                 |
| C25M                     | 9 anos ou mais | Solteiro            | Católica | Mãe                    | 02          | Vendedor               | Desempregado      | Sim                 |
| B38M                     | 2- 8 anos      | Solteiro            | Católica | Só                     | 01          | Motorista              | Desempregado      | SR                  |

|             |           |          |            |          |    |            |              |     |
|-------------|-----------|----------|------------|----------|----|------------|--------------|-----|
| <b>F40M</b> | 2- 8 anos | Solteiro | Católica   | Mãe,irmã | 02 | Office boy | Bicos        | Sim |
| <b>I45M</b> | 2- 8 anos | Solteiro | Evangélico | Só       | 02 | Motorista  | Desempregado | SR  |
| <b>H40M</b> | 2- 8 anos | Casado   | Católica   | Esposa   | 02 | Motoboy    | Desempregado | Sim |
| <b>G35F</b> | 2- 8 anos | Solteira | Católica   | Só       | 03 | Baba       | Desempregada | SR  |
| <b>P47F</b> | 2- 8 anos | Solteira | Católica   | Só       | 05 | Não        | Bicos        | Sim |
| <b>A30F</b> | 2- 8 anos | Separada | Católica   | Só       | 02 | Não        | Bicos        | Sim |

\*\*\*Casado – relato do entrevistado, independente do oficialmente registrado em cartório; Solteiro- os que não coabitam com companheiro/a \*\* Escolaridade – anos de estudo completo; \*\*\*\*SR - situação de rua se refere a morador em situação de rua, não tem residência própria.

Na tabela 2, é apresentada as características do consumo de crack entre os usuários entrevistados. O uso diário do crack predominou no relato dos entrevistados (n=10; 83,3%). Embora o consumo por dia tenha frequência bastante variada, observou-se que em média, os entrevistados consumiam 25 pedras de crack por dia (desvio-padrão 10,6).

**Tabela 2.** Características do consumo de crack entre os entrevistados (n=12)

| Iniciais/idade/<br>Sexo | Tempo<br>de uso do crack<br>(anos) | Frequência<br>de consumo | Nº de pedras/<br>consumo dia |
|-------------------------|------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| M36F                    | 11 anos                            | Diário                   | 25                           |
| P49M                    | 21 anos                            | Mensal                   | 30                           |
| S52M                    | 12 anos                            | NF                       | NF                           |
| J46M                    | 07 anos                            | Final de semana          | 30                           |
| V35M                    | 05 anos                            | Diário                   | 06                           |
| A38M                    | 06 anos                            | Diário                   | 15                           |
| O40M                    | 18 anos                            | Diário                   | 15                           |
| R45M                    | 22 anos                            | Diário                   | 25                           |
| O40M                    | 22 anos                            | Diário                   | 40                           |
| J35F                    | 16 anos                            | Diário                   | 50                           |
| M47F                    | 17 anos                            | Diário                   | 80                           |
| B33F                    | 10 anos                            | Diário                   | 40                           |

NF- não falou

Quase metade dos entrevistados (n=5; 45%), relatou usar crack com maconha, já o uso combinado do crack com o álcool foi referido por 27% dos usuários. Apenas um participante relatou fazer somente uso do crack e uma narrou o uso combinado do crack com

o tabaco. Observa-se que o uso do crack é precedido do consumo de outras substâncias psicoativas, o que corrobora estudos prévios. Esta evidência sugere ações preventivas voltadas não só para o consumo de drogas ilícitas, com também para as substâncias lícitas.

*“Comecei a usar o álcool e o tabaco faz vinte anos atrás...depois que conheci o crack passei a usar também, e bem dizer agora to fumando maconha... mas o crack e o álcool é a que mais gosto”.(PLS49M)*

*“...Um dia eu quis usar o crack, mas só qui já usava maconha, álcool e cocaína, ta entendeno?(S52M)*

Os entrevistados (66,7%) relataram comportamentos de troca e venda de pertences pessoais e familiares para a obtenção do crack. Esse resultado é compatível com outro estudo<sup>14</sup>, que também observou esses dados.

*“Ah!!!!!!...isso é uma coisa que nenhum usuário...enquanto ele tiver dinheiro no bolso ou objeto pra empregar no consumo do crack, ele usa até!!!!!!acabar o que tem. Já aconteceu deu dar fim a um celular...troquei por crack...ah vendi bicicleta minha...aí me arrependi por causa dessa peda (A38M).”  
(Define-se como peda, pedra).*

Na Tabela 3, podem ser observados os fatores de influência para a recaída dos usuários de crack: Verifica-se o escore  $\geq 28$  para o Fator 1 - Emoções, família e afeto. Estes dados apontam que as situações de tristeza, solidão, ansiedade, desesperança, conflitos afetivos e discussões familiares foram considerados fatores de risco para a recaída do consumo do crack, por 50,0% dos entrevistados. Estes dados corroboram com os achados do estudo sobre os Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas, que apontam que os problemas familiares (36,0%) e os sentimentos de ansiedade (48,9%) são fatores de risco podem para a recaída do usuário ( SILVA,2014).

No que se refere ao Fator 2 -Coping- observa-se o escore  $\geq 16$ , onde cerca de 58,3% (N=12) acreditam que a falta de um projeto de vida com hábitos saudáveis do cultivo da espiritualidade e a falta de habilidade para enfrentar as situações de risco, podem influenciar para o retorno do uso do crack. Religiosidade foi citada como principal rede de suporte para

prevenção à recaídas, confirmando resultados evidenciados por alguns autores (CAVALCANTE, 2012; FORMIGONI, 2019), que acreditam que a prática da religiosidade auxilia na promoção da fé, fornecendo apoio para lidar com adversidades, experiências de dor e sofrimento, além de oferecer estímulos aos hábitos saudáveis.

Em relação ao Fator 3- Saúde, sexo e tratamento, identifica-se que 33,3% dos usuários apontam (escore  $\geq 12$ ), atribui as situações que envolvem a troca de sexo por crack no momento da fissura, infecção por doenças DST/HIV e ao difícil acesso ao tratamento na rede pública de saúde, como causas para o retorno do uso do crack. Interromper o consumo do crack, não é um processo fácil, principalmente quando este é influenciado pelo craving/fissura e por fatores que envolvem o estado emocional, estímulos ambientais, dificuldades de seguir um tratamento ambulatorial(WALLACE, 1989).

O Fator 4- Aspectos sociais e legais – observa-se o escore  $\geq 19$ , onde se observa que 41%, 6%, acredita que o envolvimento com a criminalidade, desemprego e ambiente social favorável com amigos, podem levá-los a recaídas. É o que também apresenta o estudo realizado com os internos em tratamento nas Clínicas de Tratamento para Dependência Química de Uberaba – MG, que aponta o Desemprego (36,1%) e os Problemas com a justiça (17,8%) dentre os problemas sociais relacionados ao uso de drogas indutor para a recaída. (JACINTO, 2014).As amizades também são citadas como um dos principais fatores de risco para a recaída (CAVALCANTE, 2012), pois amigos facilitam, estimulam e insistem para o consumo da droga e este, necessitando de aprovação social, retorna ao uso da substância (SILVA, 2014).

Fator 5- Expectativas positivas, escore $\geq 12$ , como euforia, prazer, autoconfiança em relação a tudo, foram apontados por 66,6% dos entrevistados. É o que também foi observado Em um estudo de Jaffe e Kilbey (1994), realizado com não usuários e usuários experimentais de cocaína que apresentavam expectativas positivas, como grandiosidade e euforia, corroborando com Freitas (2014), que afirma que uma vez que o consumo de cocaína é iniciado, os indivíduos esperam consequências positivas, o que se torna mais relevante e acaba mantendo o comportamento de busca pela droga.

Em relação ao Fato 6- Craving, escore  $\geq 9$ , os dados apontam que 83,3% dos entrevistados atribuem a fissura como fator de risco para a recaída em relação ao uso do crack. ). Estudos apontam que os usuários podem ser beneficiados com as técnicas para o manejo da fissura como: Modelo da Prevenção à Recaída (MARLATT, 1993), no Treinamento de Habilidades e Tratamento de Exposição a Estímulos (MONTI, 1997; 1999), como indicadas no tratamento da fissura em dependentes químicos por Araújo et al.

**Tabela 3.** Fatores de risco que podem influenciar na recaída dos usuários de crack

| <b>Fatores de risco para a recaída</b>    | <b>Frequência dos fatores citados pelos entrevistados (N=12)</b> | <b>Soma dos Escores</b> |
|---|--|-------------------------|
| <b>Fator 1- Emoções, família e afeto</b>  | 6(50,0 %)  | $\geq 28$               |
| <b>Fator 2 – Coping</b>                   | 7 (58,3%)  | $\geq 16$               |
| <b>Fator 3 - Saúde, sexo e tratamento</b> | 4 (33,3%)  | $\geq 12$               |
| <b>Fator 4- Aspectos sociais e legais</b> | 5 (41,6%)  | $\geq 19$               |
| <b>Fator 5- Expectativas positivas</b>    | 8 (66,6%)  | $\geq 12$               |
| <b>Fator 6 - Craving</b>                  | 10 (83,3%)   | $\geq 9$                |

## CONCLUSÃO

Espera-se oferecer subsídios para o aprimoramento do cuidado aos dependentes de crack, em serviço ambulatorial, visando melhor compreensão sobre os fatores de risco indutores para de recaída do dependente de crack e dos fatores estressores que contribuem para o retorno do uso da substância após período de remissão. Os achados sugerem o desenvolvimento de programas de educação permanente aos profissionais, voltados para o o desenvolvimento e aprimoramento dos processos de prevenção à recaída, para que os usuários consigam utilizar estratégias de enfrentamento e manejo que permitam a manutenção da abstinência, reduzindo os riscos para o retorno do uso da substância em sua trajetória de tratamento. O estudo não visou representatividade, portanto, os resultados não podem ser generalizados e nem utilizados para representar todos os usuários de crack. Sugerem-se investigações futuras sobre a temática abordada para que se tenha maior aprofundamento do

fenômeno e ampliação do conhecimento a respeito das necessidades dessa população.

### **Colaboradores**

V. C. S. Oliveira elaborou o projeto, realizou a análise, interpretação dos dados e a redação final do artigo. Responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de toda a obra. R. S. Pedroso, colaborou com a concepção do projeto e contribuiu com a análise de dados.

### **Agradecimento**

Ao CAPS AD III David Capistrano Filho pelo apoio concedido à primeira autora para a realização das entrevistas.

### **REFERÊNCIAS**

1. ARAUJO, Renata Brasil et al. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. **Clinical & Biomedical Research**, v. 30, n. 1, 2010.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.
3. BARDIN, Lawrence. Análise de conteúdo. **Lisboa: edições**, v. 70, p. 225, 1977.
4. BASTOS, F. I.; BERTONI, N. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Fundação Oswaldo Cruz. Recuperado de <http://infograficos.estadao.com.br/especiais/crack/perfilusuarios.pdf>**, 2013.
5. BRANDON, Thomas H.; VIDRINE, Jennifer Irvin; LITVIN, Erika B. Relapse and relapse prevention. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, v. 3, p. 257-284, 2007.
6. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAUDE (MS). Portaria no 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde-SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União**, 2009.
7. CARLINI, E. A. et al. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. **São Paulo: UNIFESP**, 2002.
8. CAVALCANTE, Layana de Paula et al. Social support net for chemically dependents: ecomap as instrumental in health assistance. **Northeast Network Nursing Journal**, v. 13, n. 2, 2012.
9. DA SILVA, Meire Luci; FERREIRA GUIMARÃES, Camila; BERNARDONI SALLES, Daiane. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 15, n. 6, 2014.

10. DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Artmed Editora, 2009.
11. FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.
12. FORMIGONI, M. L. O. S.; DUARTE, P. C. A. V. Fé na prevenção: prevenção do uso de drogas em instituições religiosas e movimentos afins. **Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, 2009.
13. FREITAS, Partinobre Brito et al. Expectativas de resultados relacionados ao efeito do uso do crack/cocaína em pacientes internados para desintoxicação. **Revista da SBPH**, v. 17, n. 2, p. 123-136, 2014.
14. JACINTO, Lauana Aparecida Teodoro et al. Fatores relacionados ao uso, reabilitação e recaídas segundo adictos em recuperação. 2014.
15. JORGE, Maria Salete Bessa et al. The ritual of crack consumption: socio-anthropological aspects and impacts on the health of users. **Ciencia & saude coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2909-2918, 2013.
16. KESSLER, Felix Henrique Paim; PECHANSKY, Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. Vol. 30, n. 2 (maio/ago. 2008), p. 96-98**, 2008.
17. MARLATT, G. Alan; DONOVAN, Dennis M. **Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Artmed Editora, 2009.
18. MONTI, Peter M. et al. Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. **Addiction**, v. 92, n. 12, p. 1717-1728, 1997
19. MONTI, Peter M.; ROHSENOW, Damaris J. Coping-skills training and cue-exposure therapy in the treatment of alcoholism. **Alcohol Research**, v. 23, n. 2, p. 107, 1999.
20. MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2014.
21. PEDROSO, Rosemeri Siqueira et al. Inventário de expectativas de resultados em usuários de crack (IERUC): construção e validação. **Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 32, n. 2, (2012), p. 138-146**, 2012.
22. PEDROSO, Rosemeri Siqueira; KESSLER, Félix; PECHANSKY, Flavio. Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 35, n. 1, p. 36-45, 2013.
23. RESOLUÇÃO, Nº. 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 (BR). **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União**, v. 13, 2013.
24. SILIQUINI, Roberta et al. Recreational drug consumers: who seeks treatment?. **The**

**European Journal of Public Health**, v. 15, n. 6, p. 580-586, 2005.

25. UCHÔA, Marco Antonio. Crack: o caminho das pedras. In: **Crack: o caminho das pedras**. 1996.

26. WALLACE, Barbara C. Psychological and environmental determinants of relapse in crack cocaine smokers. **Journal of substance abuse treatment**, v. 6, n. 2, p. 95-106, 1989.