

De:Journal of Substance Abuse Treatment
Para:andreaabead@uol.com.br
Data:29/09/2010 21:41
Assunto:Submission Confirmation for JSAT-10-138R1

Ms. Ref. No.: JSAT-10-138R1
Title: Mortality Rate Among Crack/Cocaine Dependents: A Twelve Year
Prospective Cohort Study Conducted in Brazil
Journal of Substance Abuse Treatment

Dear Dr. Dias,

Your revised manuscript was received for reconsideration for publication
in Journal of Substance Abuse Treatment.

You may check the status of your manuscript by logging onto the Elsevier
Editorial System as an Author at <http://ees.elsevier.com/jsat/>.

Your username is: deiadias

If you need to retrieve password details, please go to:
http://ees.elsevier.com/jsat/automail_query.asp

Kind regards,

Elsevier Editorial System
Journal of Substance Abuse Treatment

Mortality Rate Among Crack/Cocaine Dependents: A Twelve Year Prospective Cohort Study Conducted in Brazil

Andréa C. Dias¹, (M.S.), Marcelo R. Araújo¹, (Ph.D.), John Dunn¹, (Ph.D.), Ricardo C. Sesso², (Ph.D.), Viviane de Castro¹, (Ph.D.) & Ronaldo Laranjeira¹, (Ph.D.)

INPAD National Institute on Alcohol and Drug Policies, Department of Psychiatry, São Paulo Federal University, São Paulo, Brazil¹ and Department of Nephrology, São Paulo Federal University, São Paulo, Brazil²

Correspondence to: Andréa Costa Dias
Rua Marselhesa, 272 – Vila Clementino
04020-060 São Paulo, SP, Brazil
Phone/Fax: 55 11 5572-3672
E-mail: andreaabead@uol.com.br

Abstract

Mortality is a significant outcome among Brazilian crack/cocaine dependents yet not well understood and under investigated. This study examined a range of mortality indicators within a cohort of 131 crack/cocaine patients admitted into treatment and meeting criteria for dependence of crack (DSM IV). After 12 years of treatment discharge 107 individuals were reassessed and 27 death cases were confirmed by official records, wherein in its majority, were caused by homicide (n=16). In this group survival rate was 0.77 (95% CI= 0.74 - 0.81) and previous history of IV cocaine use was identified as a predictor of mortality (2.5, 95% CI 1.08 - 5.79). High mortality rates among Brazilian crack/cocaine dependents, exposure to violence and HIV/AIDS were topics discussed in this study. This research highlights the importance of on-going programs to manage crack/cocaine use along with other treatment features within this population.

Keywords crack cocaine; prospective cohort study; mortality; treatment; survival analysis

1. INTRODUCTION

Crack/cocaine is a highly addictive and powerful stimulant substance which has been abused for decades. Even though crack/cocaine is a complex and steady phenomenon in our global society (Fischer & Coghlan, 2007; Gossop, Marsden, Stewart, & Kidd, 2003), long-term follow up investigations are scarce (Falck, Wang, & Carlson, 2007, 2008; Hser et al., 2006).

Studies found in the literature are limited to short-term outcomes related to risk and social segregation, such as: criminal involvement (Borders et al., 2008; Fischer et al., 2006; Harocopos, Dennis, Turnbull, Parsons, & Hough, 2003); unemployment and low-income status (Buster et al., 2009; Paquette, Roy, Petit, & Boivin, 2010; Siegal, Falck, Wang, & Carlson, 2002); severe health problems (Borders et al., 2009; Falck, Wang, Siegal, & Carlson, 2000) and sexual risk behaviors (Hser, Joshi, Anglin, & Fletcher, 1999; Santibanez et al., 2005; Wechsberg et al., 2010, in press). Furthermore, there are a few studies on recovery processes (Gossop, Marsden, Stewart, & Kidd, 2002; Henskens, Garretsen, Bongers, Van Dijk, & Sturmans, 2008; Siegal, Li, Rapp, & Pranjit, 2001; Siegal, Li, & Rapp, 2002; Marsden et al., 2009; Mc Kay et al., 2005; Wechsberg, Zule, Riehm, Luseno, & Lam, 2007).

Nonetheless mortality rate is one relevant outcome which has not been receiving the deserved attention in our field (Gossop, Stewart, Treacy, & Marsden, 2002; Morgan, Vincent, Griffiths, & Hickman, 2008). Identifying long-term mortality indicators is an important task to help us understand and

acknowledge specific contexts and risk factors which may contribute to increase death occurrence.

This is a pioneer long-term study examining mortality rate, mortality indicators and death causes among 131 Brazilian crack/cocaine dependents who sought treatment during mid 1990's in Brazil.

2. METHOD

Research was approved by The Federal São Paulo University Institutional Review Board (IRB) committee. Participants were properly advised concerning study design and signed informed consent forms. Study convenience sample, comprised patients who sought Taipas General Hospital's (TGH) inpatient treatment and were consecutively admitted in the period of May 1992 through December 1994.

TGH is a public treatment center located at north São Paulo which receives patients from all over São Paulo city. The hospital offers a 15-day residential detoxification program where patients receive psychiatric medical care, individual and group psychotherapy, and occupational therapy. It is worthwhile mention that TGH's detoxification program was the only substance dependence treatment program available in this area during the time study was completed.

Patients met criteria for crack/cocaine dependence according to DSM-IV (APA, 1994). Diagnosis was established through a comprehensive clinical interview by a team of psychiatrists responsible for inpatient admissions.

Collateral data was collected (1) using TGH's Alcohol and Drugs Detox Unit database; (2) with patients' families in scheduled home visits ; (3) assessment of state prison and municipal jails' database systems, and (4) through an in-depth investigation of patients' death certificates acknowledged by The Brazilian Official Department of Mortality Records.

Interview with patients was based on NIDA's Diagnostic Source Book on Drug Abuse Research and Treatment (NIDA, 1993). Assessment included a sociodemographic questionnaire, measures of patterns of consumption, risk sexual behaviors, criminality, imprisonment, general illnesses and death, among others.

Statistical analyses were performed using SPSS statistical program for windows, version 13.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Population of São Paulo city in the year of 2000 was elected in this study as a standardized population for further statistical investigations. Annual mortality rate statistical analyses were controlled by age and gender using direct method. Age and gender distribution as well as mortality rate analysis based on São Paulo city population were obtained with Sao Paulo State Data Analysis Department (SEADE).

Excess mortality rate was estimated by the difference between observed and expected mortality rates. Ratio obtained between both mortality rates was used as a standardized mortality rate measure (SMR). Additional survival analysis considering participants' discharge was conducted employing Kaplan-Meier

method. End date of following up interviews was determined by the final date of interview with each subject and/or by the date acknowledged in subjects' death certificates. In univariate analysis, stratified survival curves were compared by long-rank method considering the following variables collected during admission to inpatient treatment: sociodemographic data, years of formal education, drug use patterns, and criminal and treatment histories. Statistically significant variables ($p < .10$) obtained in univariate analyses were further tested using Cox proportional hazards regression model to determine independent associations with mortality.

3. RESULTS

Out of 131 patients comprised in the study, 107 (81.7%) individuals or families were found and 24 (18.3%) could not be located due to residence relocation.

Among the subjects found, 43 (32.8%) subjects reported to be abstinent in the past 12 months, 22 (16.8%) subjects were actively using crack in the past 12 months, and 13 (10%) subjects were incarcerated. Families of 2 (1.5%) subjects reported that individuals were missing and they were still waiting for information regarding their fates. Twenty seven deaths (20.6%) were confirmed by official records (**insert Tab.1**).

Chi-square analyses of data collected during TGH's inpatient admission treatment revealed no significant differences in sociodemographic, legal

problems, previous history of drug treatment and drug consumption measures between found and missing patients at 12-year follow up.

The vast majority of patients sought treatment after 1.5 years of crack use. Sample profile at admission was as it follows: male (88.5%), single (67%), Caucasian (74.6%), young adult (mean age = 23.6 years, SD 6.7), unemployed (67%), and lacking basic education (56%). Crack onset use was around patients' early twenties (22 years, SD 6.9).

Observed mortality rate calculated by the direct standardization method; and adjusted for sex and age was 22.85 deaths per 1000/residents. The expected all-cause mortality rate in São Paulo, adjusted for sex and age, was 1.83 deaths per 1000/residents (at the year of 2000), giving an excess mortality rate of 21.02 deaths per 1000 individuals: and a mortality ratio of 12.4. Individuals comprised on this study were twelve times more likely to die when compared to the general population.

Out of 27 deaths, 25 occurred during the first four years of study contributing to the decline of patients' survival chances. Survival curve reached stability during year five. Moreover, at year eight, survival curve displayed a subtle decline. Nonetheless stability was rapidly restored and maintained until conclusion of study (insert Fig.1). According to the survival analysis the probability of being alive after 12 years post-treatment was 0.77 (95% CI 0.74 - 0.81) and mortality chances were observed in 23% of the sample.

Comparison analysis including stratified curves showed that patients with 4 or more years of education had increased survival chances compared to those patients with less than 4 years of education (0.80 vs. 0.47, respectively, $p=0.044$). Patients without previous history of IV cocaine use demonstrated higher chances of survival compared to those patients who had previous history of IV cocaine use (0.84 vs. 0.58, respectively, $p=0.002$). Identified HIV-positive patients during TGH's inpatient treatment admission showed lower survival chances than those who were HIV-negative (0.25 vs. 0.82, respectively, $p=0.000$). The variables described above entered Cox proportional hazards analysis and the significant remaining variable in the model was previous history of IV cocaine (95% CI 1.08 - 5.79, $p=0,031$). Risk of mortality among subjects with previous history of IV cocaine use was 2.5 times higher than those without previous history of IV cocaine use.

The most significant death cause was homicide ($n=16$) followed by HIV/AIDS ($n=6$), overdose ($n=3$), drowning ($n=1$), and Hepatitis B infection ($n=1$). It is worthwhile mention that 2 out of 3 subjects who died from overdose as well as 6 out of 6 individuals who died from HIV/AIDS had previous history of IV cocaine use.

4. DISCUSSION

This 12-year follow up study introduces to the international literature an original investigation among Brazilian crack/cocaine dependents contributing for the

examination of mortality as an important long-term outcome in a longitudinal perspective within the field of crack/cocaine abuse.

The mortality rate observed in this study (20.6%) can be considered extremely high, especially if we compare it with mortality rates found in previous studies contemplating the very same substance. Siegal, Falck, Wang, and Carlson (2002) reported a 2.3% rate in a 3-year follow-up research including 430 crack users. Moreover, an 8-year follow up study comprising 401 subjects, and a 12-year follow up study with 321 male veterans confirmed a 7% and 8.7% mortality rates (Falck et al., 2007; Hser et al., 2006). Differences in results might somewhat be related to sociodemographic sample variations.

Present sample profile is in accordance with general Brazilian crack/cocaine profile pointed in previous studies. Majority of subjects were young adult males, lacking basic education, unemployed and with high rates of legal problems (Carvalho & Seibel, 2009; Duailibi, Ribeiro, & Laranjeira, 2008; Zeni & Araújo, 2009). National and International studies agree that crack/cocaine users' marginalized, segregated and deprived living conditions, which may be related to maintenance of drug use patterns, should be considered an alarming public health concern (Fischer et al., 2006; Vogenthaler et al., 2010, in press).

Survival chances declined especially during the first four years of assessment. It is worthwhile mention that the period described above co-occurs with the time frame crack was introduced in Brazil (beginning of the 90's). During this time Brazil witnessed frequent violent drug dealers' disputes to control crack-

trafficking along with intense police repression as a response to conflicts. Access to crack involved greater exposure to violence, generally, resulting in fights with police and other crack/cocaine users as well as drug dealers' retaliation battles resulting in an increase in homicide incidents (Cordeiro & Donalisio, 2001; Ribeiro, Dunn, Sesso, Dias, & Laranjeira, 2006). Individuals assessed in the 12-year follow up study appear to be the same individuals affected by crack violent debut in Brazil.

Another important phenomenon observed during crack introduction in Brazil was the exchange of IV cocaine use to smoked cocaine. According to individuals who migrated from IV cocaine to crack, crack was considered to be a more powerful and reliable substance decreasing risks of HIV/AIDS contamination (Dunn & Laranjeira, 1999; Dunn & Ferri, 1998). Increased risk of mortality was associated with previous history of IV cocaine and the latter was present in majority of subjects' deaths by overdose and HIV/AIDS. Crack consumption combined with IV cocaine use appeared to intensify drug dependence increasing the odds of HIV/AIDS and overdose deaths (Baum et al., 2009; Cardoso et al., 2006).

Survival curve achieved steadiness after the fourth year of follow up study. Explanation for this result remains unclear and should be further investigate in future studies. Nonetheless, some observed events occurred in Brazil at the end of the 90's, which, could have contributed to increase stability. At the end of 1990, commerce of crack appeared to be already established decreasing the number of violent conflicts between drug dealers who were in the beginning

battling for crack-trafficking control. During this period, Brazil also witnessed a significant financial development reaching the status of 8th largest economy in the world promoting a better socio-economic living condition for its population. Furthermore, it was observed a decrease in general homicide rates among young male adults (Gois, 2007; IBGE, 2006).

It is worthwhile mention that after 12 years of treatment discharge 32.8% of subjects were not using crack. It is possible that the interruption of drug use protected individuals from the destructive impact of crack as well as supported them built healthier lifestyles away from violence and hence decreasing mortality risks.

Nonetheless, this study has some limitations that should be addressed. Individuals included in this study were part of a convenience clinical sample assessed in a single substance dependence treatment program available in North Sao Paulo area during the time study was conducted. Due to study distinctiveness data should be carefully analyzed and not generalized to other crack dependent populations as well as other substance treatment contexts. It is important to mention that investigators conducted a comprehensive research to ensure that the few participants missing in this study were not included in mortality record list provided by The Brazilian Official Mortality Department.

This study made a national and international significant contribution to the field of chemical dependence, since it launched a long-term follow up investigation stressing mortality factors among Brazilian crack dependents. High mortality

rate along with exposure to violence, illustrated by several cases of homicide; as well as the migration phenomenon of IV cocaine use to smoked cocaine (considered as an important mortality predictor); and deaths caused by HIV/AIDS and overdose were critical outcomes discussed in this study. Study results highlight the need to develop on-going treatment programs devoted to identify patients and/or group of individuals presenting greater risk of mortality and increased general health problems related to crack/cocaine use as well as motivate patients to commit with healthier lifestyles.

ACKNOWLEDGMENTS AND FUNDING

Authors would like to thank study participants. Special appreciation is given to Silvana Julião – Taipas General Hospital occupational therapist.

This research was supported by grant 04/13804-1 from The State of São Paulo Research Foundation (FAPESP) & The Federal Research Funding Agency (CAPES).

REFERENCES

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Baum, M. K., Rafie, C., Lai, S., Sales, S., Page, B., & Campa, A. (2009). Crack-Cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HiV-positive drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr*, *50*, 93-99.
- Borders, T. F., Booth, B. M., Han, X., Wright, P., Leukefeld, C., Falck, R. S., & Carlson, R. G. (2008). Longitudinal changes in methamphetamine and cocaine use in untreated rural stimulant users: racial differences and the impact of methamphetamine legislation. *Addiction*, *103*, 800-808.
- Borders, T. F., Booth, B. M., Falck, R. S., Leukefeld, C., Wang, J., & Carlson, R. G. (2009). Longitudinal changes in drug use severity and physical health-related quality of life among untreated stimulant users. *Addictive Behaviors*, *34*, 959-964.

Brazilian Institute of Geography and Statistics. (2006). Statistics of civil registry, 2005. Rio de Janeiro: IBGE (in Portuguese).

Buster, M. C. A., Witteveen, E., Prins, M., van Ameijden, E. J. C., Schippers, G., & Krol, A. (2009). Transitions in drug use in a new generation of problem drug users in Amsterdam: a 6-year follow-up study. *European Addiction Research*, *15*, 179-187.

Cardoso, M. N., Caiaffa, W. T., Mingoti, S. A., Andrade, J., Andrade, T., Brás, A., & et al. (2006). AIDS incidence and mortality in injecting drug users: the AjUDE-Brasil II Project. *Cadernos de Saúde Pública*, *22*(4), 827-37.

Carvalho, H. B., & Seibel, S. D. (2009). Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics*, *64*(9), 857-66.

Cordeiro, R., & Donalizio, M. R. C. (2001). Homicídios masculinos na região metropolitana de São Paulo entre 1979 e 1998: uma abordagem pictórica. *Cadernos de Saúde Pública*, *17*(3), 669-77 (in portuguese).

Duailibi, L. G., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, *24* (suppl.4), 545-557.

Dunn, J., & Ferri, C. P. (1998). The price of crack in São Paulo, Brazil. *Addiction*, *93*(2), 287-288.

Dunn, J., & Laranjeira, R. R. (1999). Transitions in the route of cocaine administration-characteristics, direction and associated variables. *Addiction*, *94*(6), 813-824.

Falck, R. S., Wang, J., Siegal, H. A., & Carlson, R. G. (2000). Longitudinal application of the medical outcomes study 36-item short-form health survey with not in treatment crack cocaine users. *Medical Care*, *38*(9), 902-910.

Falck, R. S., Wang, J., & Carlson, R. G. (2007). Crack cocaine trajectories among users in a Midwestern American city. *Addiction*, *102*, 1421-31.

Falck, R. S., Wang, J., & Carlson, R. G. (2008). Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug and Alcohol Dependence*, *98*, 24-29.

Fischer, B., Rehm, J., Patra, J., Kalousek, K., Haydon, E., Tyndall, M., & El-Guebaly, N. (2006). Crack across Canada: comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. *Addiction*, *101*, 1760-1770.

- Fischer, B., & Coghlan, M. (2007). Crack use in North American cities: the neglected 'epidemic'. *Addiction*, *102*, 1340-1.
- Gois, A. (2007). Rio de Janeiro passes São Paulo in young deaths. *Folha de São Paulo*, C-4 (in Portuguese).
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Kidd, T. (2002). Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4–5 year follow-up results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug and Alcohol Dependence*, *66*, 21–8.
- Gossop, M., Stewart, D., Treacy, S., & Marsden, J. (2002). A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction*, *97*(1), 39-47.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., & Kidd, T. (2003). The national treatment outcome research study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction*, *98*, 291-303.
- Harocopos, A., Dennis, D., Turnbull, P. J., Parsons, J., & Hough, M. (2003). On the rocks: a follow-up study of crack users in London. *National treatment agency for substance misuse*: London.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I., Van Dijk, A., & Sturmans, F. (2008). Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome and client satisfaction. *Substance Use & Misuse*, *43*, 1464-75.
- Hser, Y. I., Joshi, V., Anglin, D., & Fletcher, B. (1999). Predicting posttreatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. *American Journal of Public Health*, *89*(5), 666,671.
- Hser, Y. I., Stark, M. E., Paredes, A., Huang, D., Anglin, M. D., & Rawson, R. (2006). A 12-year follow-up of a treated cocaine-dependent sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *30*, 219–226.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M., Hammond, P., Knight, J., Randhawa, K., & Wright, C. Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study. (2009). *Lancet*, *374*, 1262-70.

McKay, J.R., Foltz, C., Stephens, R.C., Leahy, P.J., Crowley, E.M., Kissin, W. (2005). Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 73-82.

Morgan, O., Vincente, J., Griffiths, P., & Hickman, M. (2008). Trends in overdose deaths from drug misuse in Europe: what do the data tell us? *Addiction*, 103, 699–70.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (1993). *Diagnostic Source Book on Drug Abuse Research and Treatment*, Rockville: Rousanville, B. J., Tims, F. M., Horton, A. M., & Sowder, B. J.

Paquette, C., Roy, E., Petit, G., & Boivin, J.F. (2010). Predictors of crack cocaine initiation among Montréal street youth: a first look at the phenomenon. *Drug and Alcohol Dependence*, 110, 85-91.

Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Dias, A. C., & Laranjeira, R. (2006). Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 196–02.

Santibanez, S. S., Garfein, R. S., Swartzendruber, A., Kerndt, P. R., Morse, E., Ompad, D., Strathdee, S., Williams, I. T., Friedman, S. R., & Quillet, L. J. (2005). Prevalence and correlates of crack-cocaine injection among young injection drug users in the United States, 1997-1999. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 227-233.

Siegal, H. A., Li, L., Rapp, R. C., & Saha, P. (2001). Measuring readiness for change among crack cocaine users: a descriptive analysis. *Substance Use & Misuse*, 36 (6&7), 687, 700.

Siegal, H. A., Falck, R. S., Wang, J., & Carlson, R. G. (2002). Predictors of drug abuse treatment entry among crack-cocaine smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 159-166.

Siegal, H. A., Li, L., & Rapp, R. C. (2002). Abstinence Trajectories among treated crack cocaine users. *Addictive Behaviors*, 27, 437-449.

Vogenthaler, N. S., Hadley, C., Rodriguez, A. E., Valverde, E. E., del Rio, C., & Metsch, L. R. (2010). Depressive symptoms and food insufficiency among HIV-infected crack users in Atlanta and Miami. *AIDS and Behavior*, (in press).

Zeni, T. C., & Araujo, R. B. (2009). Deep breathing in the management of craving and anxiety symptoms of crack-cocaine-dependents patients. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(2), 116-119 (in Portuguese).

Wechsberg, W. M., Zule, W. A., Riehman, K. S., Luseno, W. K., & Lam, W. K. K. (2007). African-american crack abusers and drug treatment initiation: barriers and effects of a pretreatment intervention. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2, 1-10.

Wechsberg, W. M., Novak, S. P., Zule, W. A., Browne, F. A., Kral, A. H., Ellerson, R. M., & Kline, T. (2010). Sustainability of intervention effects of an evidence-based HIV prevention intervention for African American women who smoke crack cocaine. *Drug and Alcohol Dependence*, (in press).

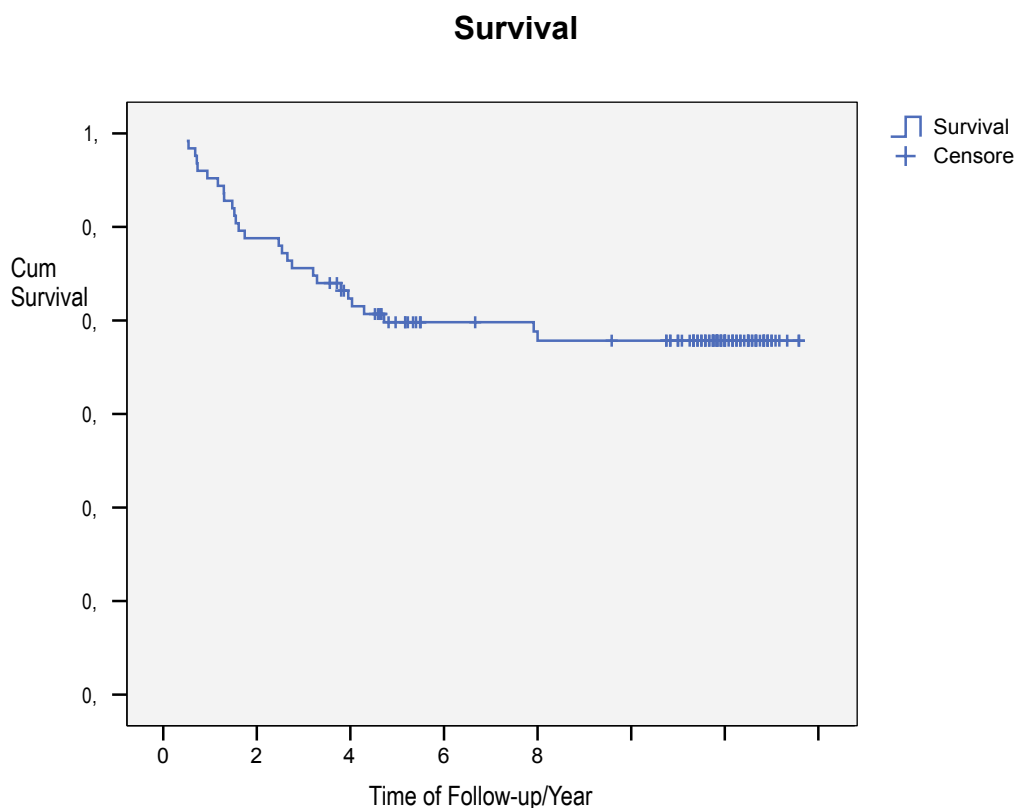
Table1.

Fig 1. Profile of deceased and alive patients during inpatient treatment

Variables	Deceased (N=27)		Alive (N=104)	
	N*	%	N*	%
Gender				
Male	26	96.3	89	86.4
Female	1	3.7	14	13.6
Age [years]				
15-19	8	29.6	30	29.2
20-24	6	22.2	41	39.8
25-29	6	22.2	14	13.6
30-34	3	11.1	9	8.7
35-39	3	11.1	5	4.8
40-42	1	3.7	4	3.8
Race				
Caucasian	19	70.4	78	76.4
Black	8	29.6	24	23.6
Marital status				
Single	18	66.7	68	66.6
Married	7	25.9	28	27.4
Divorced	2	7.4	6	6
Schooling				
Less than 8 years	15	68.2	52	68.4
8 years or more	7	31.8	24	31.6
Employment				
Yes	3	13.6	32	35.1
No	19	86.4	59	64.9

*Missing data for some variables are due to the absence of this information in the case-notes

Figure1. Kaplan-Meier Analysis:



Legend fig. 1

Figure1: This analysis included information of 125 (95.4%) patients: 107 located at 12-year and 18 located at the 2 and 5- year follow-up. On average, time of follow-up after discharge from inpatient treatment was 10.6 years.

Submission Confirmation for Longitudinal outcomes among a cohort of crack users after 12 years from treatment discharge.

21/10/2010

Journal of Addictive Diseases

Para Andréa Costa Dias

De: **em.jad.0.1e82bc.b537f089@editorialmanager.com** em nome de **Journal of Addictive Diseases** (jad@edmgr.com)

Enviada: quinta-feira, 21 de outubro de 2010 1:18:31

Para: Andréa Costa Dias (dias_deia@hotmail.com)

Dear Miss Dias,

Your submission, "Longitudinal outcomes among a cohort of crack users after 12 years from treatment discharge.," has been received by the Journal of Addictive Diseases.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author. The URL is <http://jad.edmgr.com/>.

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

Thank you for submitting your work to the Journal.

Kind regards,
Paul Foster Johnson
Editorial Assistant
Journal of Addictive Diseases

Longitudinal outcomes among a cohort of crack users after 12 years from treatment discharge.

Dias AC,^a Vieira DL,^a Gomes LS,^a Araújo, MR,^a Laranjeira R.^a

^a National Institute on Alcohol and Drug Policies (INPAD), Department of Psychiatry, São Paulo Federal University, São Paulo, Brazil.

Conflicts of Interest: none

This research was supported by grant 04/13804-1 from The State of São Paulo Research Foundation (FAPESP) & The Federal Research Funding Agency (CAPES).

Word count: 3164

Tables: 03

Figures: 02

Running head: Longitudinal outcomes among crack users

Corresponding author:

Andréa Costa Dias

Rua Marselhesa, 272 – Vila Clementino

04020-060 São Paulo, SP, Brazil

Phone/Fax: 55 11 5572-3672

E-mail: andreaabead@uol.com.br

Abstract

Background: Follow-ups of crack consumption are scarce in literature.

Purposes: To investigate the evolution of a cohort of crack users and identify longitudinal outcomes.

Procedures: Consecutive 131 crack users admitted to treatment (1992-1994) were interviewed after 12 years.

Findings: At 12-years, 107 were assessed. Among them, 43 were abstainers, 22 were crack users, 13 had been arrested, 2 were missing and 27 were dead. The study showed dynamic changes of crack use patterns over time and a high involvement in illegal activities ($p = 0.00$) among drug users.

Conclusions: Discontinuation of care and stigmatization of crack users has been discussed.

Key words: crack addiction; longitudinal outcomes; treatment; health policies.

1. Introduction

The use of crack has become significant and widespread in recent years. This increase reflects the expansion of the global market of illicit drugs. In the Americas it remains strong as ever and new traffic routes are emerging.^{1,2}

In Brazil, the use of crack spread rapidly in the beginning of the '90s^{3,4,5} and quickly gained ground due to its economic viability, high availability and the increased move of drug users from intravenous use - considered a risk for possible HIV transmission - to smoking use.⁶

Surprisingly, longitudinal studies, particularly those with a long time-frame, which, have evaluated the ramifications of crack use (as the primary substance) are relatively rare.^{7,8}

This study comes from a line of pioneering research in Brazil; in the field of crack consumption. We have assessed a cohort of 131 crack users 12 years after they were discharged (1992-1994) from a specialized detoxification unit (Taipas General Hospital - TGH). The same cohort was previously interviewed at a period of 2 and 5 years after treatment. Discussion of preliminary data of the current study (2005-2006), as well as the two (1995-1996) and five (1998-1999) years' follow ups can be found in the literature.⁹⁻¹³

The present study has a descriptive focus and highlights the cohort evolution over the time. Furthermore, the 12-year outcomes between regular crack users and abstainers are compared and discussed.

2. Methods

2.1. Ethics and Data Assessment:

The ethics committee of São Paulo Federal University approved all the procedures. Participants were properly advised concerning study design and signed informed consent forms. Data were collected by means of face-to-face structured interviews^{14,15} that were applied in home visits to improve the accuracy of the information gathered.

The investigated parameters examined the patterns of consumption and abstinence from crack at 30 days and the previous 12 months, schooling, employment status, treatment experiences, religiosity, risky sexual behaviors, criminality, imprisonment, illnesses and death. Government records officially confirmed deaths and arrests. Mortality analysis will be discussed in another publication.

Patterns of crack consumption and abstinence were obtained by self-report. Please note that the researcher who conducted the assessments had ongoing contact with the cohort (in the 2 and 5-year follow-ups) and established a good professional and trusting relationship with the interviewees. Also, self-report data have been found to be valid to describe substance use.¹⁶

2.2. Setting:

TGH has an interdisciplinary unit for detoxification from alcohol and other drugs. The unit attends individuals from all over town and they can be referred to or self referral themselves. At the time of the cohort admission this unit was the only specialized public treatment for crack addiction in the city of São Paulo. The treatment program lasts an average of two to three weeks. Patients receive

psychiatric treatment, individual and group psychotherapy and occupational therapy.

2.3. Subjects:

Participant's identification was based on admission records, and their selection was conducted consecutively, starting at the opening of the Drugs Unit on May 26th, 1992 through December 31st, 1994. Subjects were selected according to the fulfillment of the diagnostic criteria specific for crack dependence (DSM IV). Diagnosis was established through a clinical interview with the team of psychiatrists who, at that time, were responsible for admissions.

During treatment, the cohort consisted of 166 men (88.5%) and 15 women (11.5%). Most of the subjects were single (66.9%), young adults (mean age of 23.6 years) and Caucasian (74.6%). Of the participants, 89% lived in areas considered intermediate or poor and 55.9% had less than 8 years of schooling. The process employed to locate subjects has been discussed in a previous paper.⁹

Insert Table 1

2.4. Statistical Analysis:

The profile of the participants in the study was described using simple frequencies (n) and percentages (%). For the numerical variables the mean and the standard deviation (SD) were calculated.

Chi-square test was used to verify if the association between the dichotomous variables was significant. The Fisher's exact test has also been used whenever necessary. For those tests a significance level of 5% was used. Among non dichotomous variables where there was evidence of statistical association ($p < 0.05$), residual analysis was employed to identify those categories that

differentiated between the groups. It is important to clarify that there was no statistical association between factors like age, gender, race, schooling, alcohol, tobacco and cannabis consumption (these patterns will be presented in another paper); and the following variables: employment, treatment, legal problems, overdose and risky sexual behavior. Analysis was performed using the SPSS program (Statistical Package for Social Scientists) for Windows, version 13.0.

3. Results

Twelve years after discharge from TGH, follow-up evaluations were performed in 107 (81.6%) individuals or relatives. The remaining 24 (18.3%) subjects were not located. There was no statistical difference between those that were and were not located in terms of the data initially collected at the Drugs Treatment Unit admission.

Among the individuals that were located, 43 (32.8%) were abstinent from crack (in the previous 12 months), 22 (16.8%) were regular crack users (using 3 or more times a week, in the previous 12 months), 13 (10%) had been arrested, 2 (1.5%) were missing (according to their families) and 27 (20.6%) were dead. No variables measured at index were statistically associated with abstinence or crack use at 12-years after treatment.

Insert table 2

3.1. Assessment of Main Outcomes

Insert Figure 1

From the first (1995-1996) to the second follow-up (1998-1999) there was a reversal from the majority of subjects being crack users to the majority of

subjects being abstinent. However, there was an increase in the occurrence of incidents related to adverse outcomes like death, imprisonment and disappearance. From the second (1998-1999) to the third evaluation (2005-2006), levels of sobriety were still prevalent and there was a decreased incidence of death.

3.2. Evolution of the Cohort throughout Follow-ups

Insert Figure 2

Most of the 43 abstainers at the 12-year follow-up were also interviewed at the 5-year follow-up. At that previous 5-year follow-up, 28 of the 43 had been abstinent, 8 were crack users, 4 were imprisoned, 2 were missing and 1 was not located. Of the 22 that were still using crack at the 12-year follow-up, 7 had been using crack at the previous follow-up, 12 had relapsed from abstinence and 3 had been imprisoned at that time.

Among the 4 identified deaths at the 12-year follow-up, 1 had not been located at the 5-year follow-up, 2 were using crack and 1 was abstinent at that time.

Among those imprisoned at the time of the 12-year follow-up ($n = 13$), 6 were also imprisoned during the previous (5-year) follow-up; 3 had been abstinent, 3 were using crack and 1 was missing. The 2 individuals who were missing at the 12-year follow-up were also missing previously. Among the patients that were not located ($n = 24$), 8 were crack users in the previous 5-year follow-up, 8 were abstinent, 3 were imprisoned, and 5 had also not been located at that time.

3.3. Crack users and Abstainers Long Term Outcomes

3.3.1. Employment Status and Schooling

At the 12-year follow-up the vast majority of abstainers and crack users (85%; $n=54$) had worked in the last twelve months. Those that were abstinent for 30

days ($n = 46$) were more likely to be employed than users ($n = 8$), during the same period ($p = 0.03$). However, when we examined crack use in the past 12 months, there was no difference in employment ($p = 0.16$) between abstainers ($n = 37$) and users ($n = 17$). Concerning the number of months worked, abstinent individuals (in the previous 12 months) tended to work longer in the year preceding the assessment (mean of 10.9; $SD = 2.6$ months) than crack users (mean of 8.7 months; $SD = 3.9$ months) ($p = 0.02$). Of 65 respondents, 43 had a full time job in the informal market ($n = 35$).

It is worth mentioning that at the time of index 50% of the same individuals were unemployed and at the 5 year follow-up, most of them ($n=47$) had worked in the year preceding the interview.

The level of education among the cohort over the 12 years remained low and did not exceed primary education (49%). Both abstainers and crack users chose not to have additional schooling in the year preceding the interview, and there was no statistical difference in educational pursuit between the two groups.

3.3.2 Legal Issues

Offenses

In this third follow-up 61% had engaged in some type of illicit activity since discharge, and crack users (for the last 30 days and the previous 12 months) were more likely to commit crimes ($p = 0.02$ and $p = 0.00$) than abstainers. Weekly occurrence was predominant, and drug dealing was the prevalent criminal activity for both abstinent and crack users. The average duration of illegal activities was around 3 years and 3 months. There was no difference

between those who committed offenses and those who not committed in relation to seeking treatment ($p= 0.650$).

Imprisonment

We observed an imprisonment rate related to crack use of 43% at 12 years after discharge from TGH. At intake only 22% of the same individuals had had previous history of imprisonment. The three most relevant reasons for problems with the justice system were trafficking (29%), theft (18%) and possession of drugs (15%). The average time of imprisonment was approximately 1 year and 8 months. Abstinent and crack users did not differ in imprisonment variables.

Insert Table 3

3.3.3 Treatment

Although most of the subjects ($n = 51$) were not in treatment at the time of the 12-year assessment (in the previous 12 months), abstinent individuals ($n = 36$) were less likely to seek treatment compared with crack users ($n = 15$) ($p = 0.031$).

However, within the 12-year time-period 72% ($n=47$) had received drug assistance since their discharge from TGH. Among them, 23 opted for inpatient treatment, 4 for outpatient and 20 chose both. Inpatient episodes occurred at least once with a mean stay of 3.5 months. Over the 12 years, of the 24 individuals that chose the outpatient treatment, 14 used this option only once. There were no differences between abstainers and crack users in the treatment modalities chosen.

3.3.4 Religion Issues

In the third study, more than half of the subjects ($n = 33$) were not practicing any religious activities and crack users (in the previous 30 days) were less likely to participate than non-users ($p = 0.020$). However, 29 individuals were involved in these practices (20 abstainers and 9 crack users), with 15 attending the Neo-Pentecostal Brazilian Churches. The duration of attendance was greater than 12 months ($n = 25$), and abstainers (in the previous year) were more likely to make weekly visits than crack users ($p = 0.02$).

3.3.5 Risky Sexual Behavior, Overdose and HIV

Unprotected sex during the period of crack use was common practice for 26 of the respondents at the 12-year follow-up. Crack users (in the previous 12 months) had a higher tendency for this behavior than abstainers ($p = 0.00$). The exchange of sex for drugs was not confirmed by the majority of individuals ($n = 37$). Almost one-third subjects ($n = 18$) reported the occurrence of crack-cocaine overdose. There were no significant differences with respect to age, race, gender and marital status for any risky sexual behavior or crack-cocaine overdose.

In terms of HIV infection, 51 declared themselves as HIV negative, 4 self-reported as HIV-positive and 7 were unaware of their HIV status.

4. Discussion

This is the first follow-up in Brazil and one of the few long-term studies, in the field of substance abuse, in which the entire cohort was composed of crack users. The follow-up of the same cohort for an extended period of time provided relevant descriptive data about the changes of crack use patterns, the

vulnerabilities and harm associated to specific practices and behaviors, and the overall influences of life events on drug use.¹⁷⁻²⁰

4.1. Consumption

In terms of mapping drug use, we did not observe a tendency of decrease in the use of crack for most of our cohort in the early years of follow-up (1995-1996). This finding was different from other studies that reported an initial screening period of interruption of drug use.²¹⁻²⁵ It was only at 5 years after discharge that this situation was reversed, and abstinent subjects became the majority. After 12 years, abstainers were still the majority, and a little over half of the non-users recorded at 5 years (54%) maintained this condition at 12 years.

In this study, the patterns of abstinence were not established at the outset; but for some individuals, since this pattern was achieved it tended to remain stable over time. On the other hand, we also found dynamic changes in consumption, with alternating periods of abstinence and crack use. The finding points out the potential diversity of crack use trajectories.²⁶ Besides, these trajectories seem to be related with different moments of each individual's life (well beyond the pharmacological aspects of the drug).

4.2. Employment

We observed a high rate of employment between abstainers and crack users at 12-year assessment (85%), which was sustained since previous follow-up (5-year). This may be associated with the global-level improved economic indicators.^{27,28} Moreover; the flexibility of the informal job market possibly favored this increase in employment, even though it resulted in the loss of several benefits associated with formally registered work.

In the third follow-up, abstainers were more likely to, not only work in the last year but also to work for a longer period of time. Among crack users the offer of more flexible jobs might have helped the conciliation of crack consumption and labor activity, probably decreasing the exposure to crack but also showing that for some users it is possible to maintain a day-life routine.

4.3. Legal problems

The link between crack use and great vulnerability of involvement in illegal activities is a phenomenon that has already been described in several studies. The involvement in acquisitive crime is closely associated with crack user legal problems.^{29,30,31}

In the present follow-up, crack users indicated a higher prevalence of illegal activities, especially drug trafficking. Besides, the higher levels of imprisonment, twice more since discharge, and its long duration (1 year and 8 months) suggest that the cohort was more exposed to law enforcement; strongly as a reflection of a repressive policy that intensified the interventions in punishment, rather than prevention and care. Comparatively, the participants in the study spent more time in prison than in treatment.^{32,33}

4.4. Treatment

We have noticed a strong tendency towards the interruption and discontinuation of care.^{34,21} This was expressed by low treatment frequencies among abstainers and crack users at the time of the evaluation. In addition, abstainers had a higher tendency to discontinue care. This result may reveal that the preference for maintaining care is not sustained once drug use has stopped. Inpatient treatment, which was the most popular model of care, also contributed to the discontinuation of treatment: it tends to be occasional and limited to a

specific period. After discharge most patients are not referred, do not search or adhere to less intensive but continued forms of care. The higher prevalence of inpatient treatment could be a consequence of a lack of non residential public services, at the time of the follow-up study. Also, in Brazil there is a misunderstanding that inpatient treatment is the only possible effective treatment, especially in relating to dependence of crack.

On the other hand, the study shows that the cohort has a history of actively seeking for treatment, both before and after TGH, suggesting that specialized services for drug treatment were part of the repertory of choice of this sample (even if only occasionally) and may have played a role in their recovery.^{35,36} It is noteworthy that, in general, the availability and quality of care is not always compatible with the demand, which results in a major barrier to treatment.^{37,38} Another difficulty in treating crack users is the extremely limited knowledge regarding the needs in terms of intervention strategies.³⁹⁻⁴²

4.5. Religion

Religious practices suggest adherence to a way of life with values that are generally incompatible with drug use, which may result in the reduction or cessation of using. Interestingly, among non-crack users (n = 36) who were not in treatment at the time of evaluation, half (n = 18) confirmed that they participated in religious activities (mostly for more than a year). Although there are few studies on the role of the religious dimension in human experience, especially in the field of substance abuse, religion has been identified as a positive influence for the improvement of living conditions and health as well as for promoting values that include "leading a drug -free lifestyle ".^{43,44,45} Attending religious activities could be an important resource within a comprehensive

network of options for care and attention for crack users; but needless to say that this option has to come from the user himself.

4.6. Risky Sexual Behavior

We found a strong link in the literature between frequent and heavier consumption of crack, especially binge behavior, and susceptibility to engage in risky sexual behavior.^{46,47,48} Certain sexual activities have been associated with the recurrent use of crack and markedly increased the risk of infection with HIV and other STDs. These activities include unprotected sex, an increased occurrence of sex with multiple partners and the exchange of sex for money or drugs.^{49,50,51} In the 12-year follow-up there were no significant differences with respect to age, race, gender and marital status for any risky sexual behavior. The exchange of sex for drugs was not confirmed by the majority of patients but unprotected sex was more prevalent between crack users. The craving for crack use compromises safer sex behaviors. Preventive interventions should focus in advice and support within a harm reduction strategy in relation to high risk sexual behavior.

4.7. Study Limitations

This study presented a small sample from a single treatment site and consisted of predominantly male patients; thus, we have little information on female crack users. There were an increased number of individuals that were not located due to successive changes of residence, but this did not compromise the validity of the sample. Also, no physical measure for crack consumption has been applied, due to the highly expensive costs involved by using this type of resource. Options of cultural activities and leisure time – reflecting the access to public services - were not explored.

4.8. Conclusions

Descriptive findings of the evolution of a cohort over the time, and longitudinal outcomes related to patterns of abstinence and consumption of crack were addressed in this study. We observed poor access to education, high levels of employment and dynamic changes in drug use within the years of follow-up. Also, legal problems occurring over a long period of time as well as brief and poor adherence to treatment demonstrated that the questions were often negatively skewed with consequent stigmatization and marginalization of users rather than viewing crack use as a public health priority. Changing these views would require efforts to improve sustained interventions for individualized and full care.

4.9. Acknowledgments

Authors would like to thank study participants. Special appreciation is given to Silvana Julião – Taipas General Hospital occupational therapist.

References

- 1 Santibanez SS, Garfein RS, Swartzendruber A, Kerndt PR, Morse E, Ompad D, Strathdee S, Williams IT, Friedman SR, Ouellet LJ. Prevalence and correlates of crack-cocaine injection among young injection drug users in the United States, 1997-1999. *Drug Alcohol Depend* 2005; 77: 227-233.
- 2 Henry JA. Cocaine seen through users' eyes. *Addiction* 2004; 99: 1233-34.
- 3 Dunn J, Laranjeira RR, Silveira DX, Formigoni MLOS, Ferri CP. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990 -1993. *Subst. Use Misuse* 1996; 31(4): 519-527.

4 Ferri CP, Dunn J, Gossop M, Laranjeira R. Factors associated with adverse reactions to cocaine among a sample of long-term, high dose users in São Paulo, Brazil. *Addict Behav* 2004; 29: 365-374.

5 Ferri CP, Gossop, M. Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a Brazilian sample. *Addict Behav* 1999; 24(6): 815-821.

6 Dunn J, Ferri CP. The price of crack in São Paulo, Brazil. *Addiction* 1998; 93(2): 287-288.

7 Simpson DD, Joe GW, Broome KM. A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 538-544.

8 Brecht ML, Huang D, Evans E, Hser YI. Polydrug use and implications for longitudinal research: Ten-year trajectories for heroin, cocaine, and methamphetamine users. *Drug Alcohol Depend* 2008; 96: 193-201.

9 Costa Dias A, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira, R. Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5 and 12 years. *Substance Abuse* 2008; 29(3): 71-9.

10 Laranjeira R, Dunn J, Rassi R, Fernandes M, Mitsushiro S. Crack cocaine – a two-year follow-up study of treated patients. *J Addict Dis* 2001; 20(1): 43-8.

11 Ribeiro M, Dunn J, Laranjeira R, Sesso R. High mortality among young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction* 2004; 99(9): 1133-35.

12 Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among crack cocaine users. *Rev Bras Psiquiatr* 2006; 28(3): 196–02.

13 Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Lima MS, Laranjeira R. Crack cocaine: a five-year follow-up study of treated patients. *Eur Addiction Res* 2007; 13: 11–9.

14 Rousanville BJ, Tims FM, Horton AM, Sowder BJ. Diagnostic Source Book on Drug Abuse Research and Treatment (NIDA). Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, 1993.

15 Graham K, Price B, Brett P: Directory of Client outcome Measures for Addictions Treatment Programs. Canada: Addiction Research Foundation, 1993.

16 Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. *Addiction* 2006; 101: 1292-8.

17 Hser YI, Teruya C. Introduction to the Special Issues on Longitudinal Research on Substance Abuse and Health Services: Current Knowledge and Future Directions. *Eval Rev* 2007; 31: 511-14.

18 Hser YI, Hoffman V, Grella CE, Anglin MD. A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 503-508.

19 Vaillant GE. A long-term follow-up of male alcohol abuse. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 243-249.

20 Hser YI, Anglin D, Powers K. A 24-year follow-up of California narcotics addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 577-584.

21 Simpson DD, Joe GW, Fletcher BW, Hubbard RL, Anglin MD. A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 507-514.

22 Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T. Changes in use of crack cocaine after drug misuse treatment: 4-5 year follow-up results from the National Treatment Outcomes Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Depend* 2002; 66: 21-28.

23 Borders TF, Booth BM, Han X, Wright P, Leukefeld C, Falck RS, Carlson RG. Longitudinal changes in methamphetamine and cocaine use in untreated rural stimulant users: racial differences and the impact of methamphetamine legislation. *Addiction* 2008; 103: 800-08.

24 McKay JR, Merikle E, Mulvaney FD, Weiss RV, Koppenhaver JM. Factors accounting for cocaine use two years following initiation of continuing care. *Addiction* 2001; 96(2): 213-225.

25 Marsden J, Eastwood B, Bradbury C, Dale-Perera A, Farrell M, Hammond P, Knight J, Randhawa K, Wright C. Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study. *Lancet* 2009; 374: 1262-70.

26 Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T. The national treatment outcome research study (NTORS): 4-5 year follow-up results. *Addiction* 2003; 98: 291-303.

27 Krug EG, Powell KE, Dahlberg LL. Firearm - related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries. *Int J Epidemiol* 1998; 27(2): 214-21.

28 Brazilian Institute of geography and statistics: statistics of civil registry. (2005). Rio de Janeiro: IBGE, 2006. (in Portuguese)

29 Hough M, Mc Sweeney T, Turnbull P. *Drugs and Crime: What are the links? Evidence to the Home Affairs Committee Inquiry into drug policy*. London: Drugscope, 2001.

30 Seddon T. Explaining the drug-crime link: theoretical, policy and research issues. *J Social Policy* 2000; 29 (1): 95-107.

31 Ferri CP, Gossop M, Rabe-Hesketh S, Laranjeira RR. Differences in factors associated with first treatment entry and treatment re-entry among cocaine users. *Addiction* 2002; 97: 825-32.

32 Brecht ML, Huang D, Evans E, Hser YI. Polydrug use and implications for longitudinal research: ten-year trajectories for heroin, cocaine and methamphetamine users. *Drug Alcohol Depend* 2008; 96(3): 193-201.

33 Fischer B, Rehm J, Patra J, Kalousek K, Haydon E, Tyndall M, El-Guebaly N. Crack across Canadá: comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. *Addiction* 2006; 101: 1760-70.

34 Hser YI, Evans E, Huang D, Brecht ML, Li L. Comparing the dynamic course of heroin, cocaine, and methamphetamine use over 10 years. *Addict Behav* 2008; 33: 1581-89.

35 Prendergast M, Anglin MD, Maugh T, Hser Y. The effectiveness of treatment for drug abuse. Rockville: National Institute of Drug Abuse, 1994.

36 Schumacher JE, Milby JB, Caldwell E, Raczynski J, Engle M, Michael M, Carr J. Treatment outcome as a function of treatment attendance with homeless persons abusing cocaine. *J Addict Dis* 1995; 14(4): 73-85.

37 Rapp RC, Xu J, Carr CA, Lane T, Wang J, Carlson R. Treatment barriers identified by substance abusers assessed at a centralized intake unit. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30(3): 227-235.

38 Redko C, Rapp RC, Carlson RG. Waiting time as a barrier to treatment entry: perceptions of substance abusers. *J Drug Issues* 2006; 36(4): 831-852.

39 Bottomley T, Carnwath T, Peacock J, Wibberley C, Smith M. Crack cocaine - Tailoring services to user need. *Addiction Research* 1997; 5 (3).

- 40 Sievwright N, Donmall M, Douglas J, Draycott T, Millar T. Cocaine misuse treatment in England. *Int J Drug Policy* 2000; 11: 203-215.
- 41 Falck RS, Wang J, Carlson RG. Crack cocaine trajectories among users in a Midwestern American city. *Addiction* 2007; 102: 1421-31.
- 42 Zule WA, Lam WK, Wechsberg WM. Treatment readiness among out-of-treatment African-American crack users. *J Psychoactive Drugs* 2003; 35(4): 503-10.
- 43 Morjaria A, Orford J. The role of religion and spirituality in recovery from drink problems: A qualitative study of Alcoholics Anonymous members and South Asian men. *Addiction Res Theor* 2002; 10: 225–256.
- 44 Laudet AB, Morgen K, White WL. The Role of Social Supports, Spirituality, Religiousness, Life Meaning and Affiliation with 12-Step Fellowships in Quality of Life Satisfaction Among Individuals in Recovery from Alcohol and Drug Problems. *Alcohol Treat Q* 2006; 24(1-2): 33-73.
- 45 Sanchez ZVM, Nappo SA. Religious intervention and recovery from drug addiction. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(2): 1-7.
- 46 Sterk C, Elifson K, German D. Female crack users and their sexual relationships: the role of sex-for-crack exchanges. *J. Sex Res* 2000; 37: 354–369.
- 47 Logan TK, Leukefeld C. Sexual and drug use behaviors among female crack users: a multi-site sample. *Drug Alcohol Depend* 2000; 58: 237-245.
- 48 Erickson P, Butters J, Mc Gillicuddy P, Hallgren A. Crack and prostitution: gender, myths and experiences. *J Drug Issues* 2000; 30: 767–788.
- 49 Siegal HA, Falck RS, Wang J, Carlson RG. History of sexually transmitted diseases infection, drug-sex behavior, and the use of condoms among

midwestern users of injection drugs and crack cocaine. *Sex Transm Dis* 1996; 23(4): 277-282.

50 Seaman S, Brettle R, Gore S. Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: data base linkage study. *BMJ* 1998; 316: 426-8.

51 Azevedo RCS, Botega NJ, Guimarães LAM. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(1): 26-30.

Table 1. Socio-demographic data of 131 crack dependent patients at the time of admission to a detoxification unit between 1992- 94.

Variables*	N	%
Gender: (n=131)		
Male	116	88.5
Female	15	11.5
Age [years]: (n=131)		
10 – 14	3	2.3
15 – 19	35	26.7
20 – 24	48	36.6
25 – 29	20	15.3
30 – 34	12	9.2
35 – 40	8	6.1
40 – 45	5	3.8
Race: (n=130)		
Caucasian	97	74.6
Black	33	25.4
Marital status: (n=130)		
Single	87	66.9
Married	35	26.9
Divorced	8	6.2
Schooling: (n=102)		
Less than 8 years	57	55.9
8 years or more	45	44.1
Employment: (n=117)		
Yes	38	33
No	79	67
Past use record of IV substances: (n=122)		
Yes	35	28.7
No	87	71.3
Onset crack use: (n=123)		
≤ 18 years of age	33	26.8
≥ 19 years of age	90	73.2

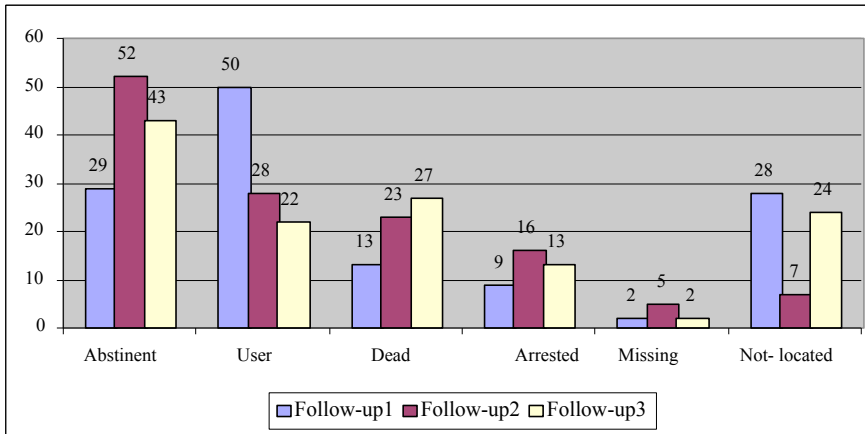
* Missing data for some variables are due to the absence of this information in the case-notes.

Table 2: Admission variables tested between abstainers and crack users. (n=65)*		Abstainer and Crack user				p-value <0.05
		abstainer		crack user		
		n	%	n	%	
Age	< 18 years	7	16,3%	5	22,7%	0,376 (F)
	>= 18 years	36	83,7%	17	77,3%	
Age	<21 years	16	37,2%	6	27,3%	0,423
	>=21 years	27	62,8%	16	72,7%	
Gender	Male	37	86,0%	19	86,4%	0,644 (F)
	Female	6	14,0%	3	13,6%	
Race	White	33	76,7%	18	81,8%	0,448 (F)
	Black	10	23,3%	4	18,2%	
Civil status	Single	30	69,8%	14	63,6%	0,794
	Civil marriage	11	25,6%	7	31,8%	
	Informal marriage	1	2,3%	1	4,5%	
	Divorced	1	2,3%			
Employment status	Employed	14	40,0%	6	33,3%	0,635
	Unemployed	21	60,0%	12	66,7%	
Schooling	Less than 8 years	20	69,0%	11	57,9%	0,433
	8 years or more	9	31,0%	8	42,1%	
Onset crack use	<=18 years of age	10	25,0%	6	27,3%	0,845
	>18 years of age	30	75,0%	16	72,7%	
Crack use before admission (months)	<=12 months	20	50,0%	11	50,0%	0,999
	> 12 months	20	50,0%	11	50,0%	
Past use record of IV cocaine	Yes	6	15,4%	7	31,8%	0,120 (F)
	No	33	84,6%	15	68,2%	
Offenses before admission	Yes	20	50,0%	13	59,1%	0,492
	No	20	50,0%	9	40,9%	
Imprisonment before admission	Yes	8	20,0%	6	27,3%	0,362 (F)
	No	32	80,0%	16	72,7%	
Previous treatments	Yes	17	50,0%	9	52,9%	0,843
	No	17	50,0%	8	47,1%	
HIV	Yes	1	5,3%	1	8,3%	0,632 (F)
	No	18	94,7%	11	91,7%	
Family pattern of addiction	Yes	24	61,5%	12	57,1%	0,740
	No	15	38,5%	9	42,9%	

*Missing data for some variables are due to the absence of this information in the case-notes

Table 3. Results measured at 12 years (n=65*)	Abstinent (last 12 months)		User (last 12 months)		P*
	n	%	n	%	
Worked during last year					
Yes	37	90.2	17	77.3	0.16
No	4	9.8	5	22.7	
Still in treatment					
Yes	4	10	7	31.8	0.03
no	36	90	15	68.2	
Committed offense since discharge					
yes	20	48.8	18	85.7	0.00
no	21	51.2	3	14.3	
Has been in prison since discharge					
yes	16	39	11	52.4	0.31
no	25	61	10	47.6	
Studied during last year					
yes	9	22	4	18.2	0.35
no	32	78	18	81.8	
<p>* Missing data for some variables are due to an inability or refusal to provide that information. *P value <0.05</p>					

Fig 1: Main Outcomes at 02 (Follow-Up 1), 05 (Follow-Up 2) and 12 Years (Follow-Up 3)

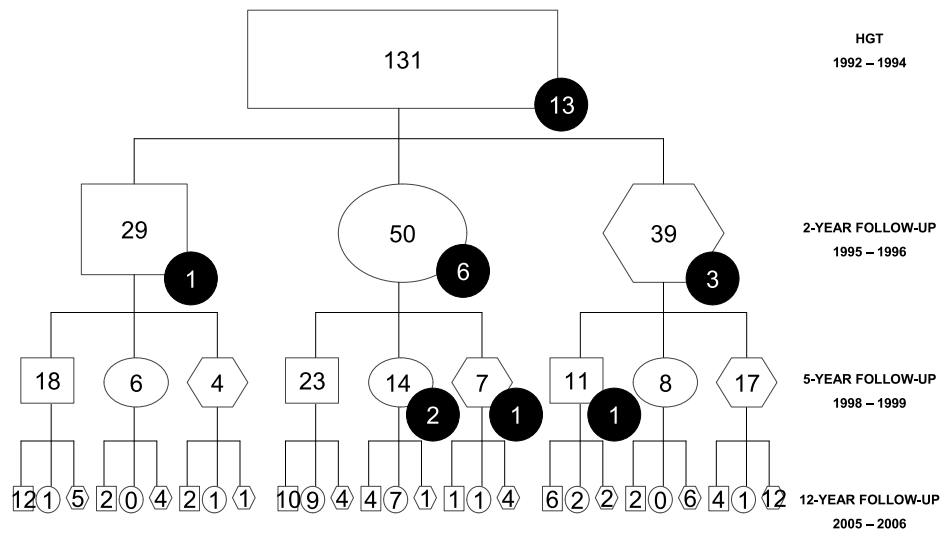


Legend

Fig 1: Outcomes at 02-years (1994-96), 05-years (1998-99) and 12-years (2005-06).

The original sample was n=131. At the 02-year follow-up, the main outcomes were assessed in 102 subjects; at 05-years in 124 and at 12-years in 107 individuals.

Fig 2: Evolution of the Cohort throughout Follow-ups



Legend

Fig 2: The rectangle represents the initial cohort. Abstainers are represented in the squares, users in the circles and the trapezoids represent patients that were imprisoned, missing or not located. The smaller bold circles are the deaths (recorded in the intervals between discharge and the 2-year follow-up, the 2-year and 5-year follow-ups and the 5-year and 12-year follow-ups).

De:RSP

Para:Andréa Costa Dias

Data:01/09/2010 11:48

Assunto:RSP - Confirmação do recebimento de artigo

Prezado(a) Senhor(a) Andréa Costa Dias,

Acusamos o recebimento do artigo “Evolução do consumo entre uma coorte de usuários de crack após 12 anos da alta de tratamento”, enviado para análise na Revista de Saúde Pública, com vista a possível publicação. O artigo está registrado sob o protocolo nº 2567.

Para acompanhar o processo de avaliação, acesse o endereço www.fsp.usp.br/rsp

Atenciosamente,

Secretaria RSP

Voltar para "Entrada"

Evolução do consumo entre uma coorte de usuários de crack após 12 anos da alta de tratamento.

Drug use evolution among a cohort of crack cocaine users after 12-years of treatment discharge.

Dias, AC, Araújo MR, Laranjeira RR

Evolução do consumo entre usuários de crack

Conflitos de interesse: nenhum.

Resumo.

Objetivo: Estudos longitudinais envolvendo usuários de crack são ainda inéditos no Brasil. O objetivo deste estudo foi avaliar a evolução do consumo, em longo prazo, entre usuários de crack com histórico de tratamento.

Método: Uma coorte de 131 dependentes de crack admitidos em uma enfermaria de desintoxicação em São Paulo, entre 1992 e 1994, foram re-entrevistados em três ocasiões: 1995-1996, 1998-1999 e 2005-2006.

Resultados: Dos 131 pacientes, 107 foram avaliados 12 anos após a alta de episódio de tratamento. Entre eles, 43 estavam abstinentes do crack (12 meses ou mais), 22 eram usuários, 13 foram presos, 2 desapareceram e 27 estavam mortos. Foram identificados 03 grupos com trajetórias distintas de consumo pós – alta. Comportamento seguro com uso de preservativo foi identificado como fator relacionado ao grupo de abstinentes estáveis ($p=0.001$). Teste HIV positivo na internação ($p=0.046$); consumo de cocaína aspirada no último ano ($p=0.001$) e tempo de uso de cocaína aspirada na vida (mais de 132 meses) ($p=0.000$) foram fatores relacionados a uso de longo termo. Verificou-se ainda que uso pregresso de cocaína endovenosa aumentou em 2.5 vezes as chances de óbito em 12 anos ($p=0.031$) (95% CI, 1.08 - 5.79).

Conclusão: O presente estudo, inédito no país, retratou a evolução do consumo entre uma coorte de usuários de crack, em uma perspectiva de longo prazo. Observou-se de um lado, recorrência e persistência do consumo nos anos pós-alta de tratamento; refletindo novas modalidades de uso desta droga. Por outro lado, também foram identificados padrões de abstinência estável apontando para a viabilidade dos processos de recuperação, relativos ao uso

de crack. A necessidade de adoção de perspectivas mais ampliadas em saúde são discutidas.

Descritores: Cocaína Crack. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Drogas ilícitas. Soropositividade para HIV.

Abstract.

Objective: Longitudinal studies among crack users are still underexplored in Brazil. The purpose of this study was to assess drug use evolution among treated crack users after 12 years of discharge.

Methods: A cohort of 131 crack dependents admitted to a detoxification unit in São Paulo, between 1992 and 1994, were re-interviewed on three occasions: 1995-1996, 1998-1999 and 2005-2006.

Results: From 131 patients, 107 were assessed 12 years after discharge from a treatment episode. Among them, 43 were abstinent from crack (12 months or more), 22 were crack users, 13 were in prison, 2 missing and 27 dead. Three different crack use trajectories were identified. Safe sexual behavior (condom use) was correlated with stable abstinence ($p=0.001$). HIV positive at admission ($p=0.046$); consumption of snorted cocaine at previous year ($p=0.001$) and life time use of snorted cocaine (more than 132 months) ($p=0.000$) were variables related with long term use of crack. Past use of intravenous cocaine enhanced 2.5 more chances of death at 12 years ($p=0.031$) (95% CI, 1.08 - 5.79).

Conclusions: This study, inedited in Brazil, presented long-term drug use evolution among treated crack cocaine users. On one hand there was recurrence and persistence of crack use among the years after discharge; reflecting new consumption modalities. On the other hand, the achieving of stable abstinence showed the viability of crack recovery. The adoption of wider health perspectives was discussed.

Key words: Crack Cocaine. Substance-related disorders. Street drugs. HIV positive.

Introdução.

Estudos longitudinais avaliando o desenvolvimento do consumo de substâncias não são inéditos e oferecem importante contribuição para o planejamento de intervenções em saúde. Contudo, follow-ups de longo prazo voltados ao registro dos desdobramentos do uso de crack ainda necessitam ser melhor explorados.^{3,8}

A discussão em torno da longevidade do consumo de crack é bastante atual, sendo cada vez mais salientado seu caráter não apenas intensivo e recorrente como também, em muitos casos, persistente¹³. Isto indica que a utilização desta substância deixou de ser tratada como uma prática essencialmente de curta duração. Neste sentido, fica evidente a preocupação em se adotar ferramentas metodológicas e conceituais que permitam apreender mais adequadamente a complexidade e evolução dos fenômenos ligados a este universo.

Registrar distintas trajetórias de uso²⁴ permite delimitar grupos heterogêneos, caracterizando com detalhamento aqueles em maior vulnerabilidade, bem como fatores correlacionados a padrões estáveis de abstinência.¹⁴

Para contribuir com a discussão, o presente artigo retrata a evolução do consumo de crack –incluindo diferentes trajetórias de uso –entre uma coorte de usuários da droga. Este trabalho advém de uma linha de pesquisa de caráter pioneiro no país, que avaliou os destinos de 131 indivíduos, internados para desintoxicação (1992-1994) em unidade especializada, após 02 (1995-1996) e 05 (1998-1999) anos da alta. Trata-se do terceiro follow-up (2005-2006) da mesma coorte, rastreada após 12 anos.^{15,21,5}

Metodologia:

Sujeitos:

O estudo reuniu – ao todo -131 usuários de crack internados entre maio de 1992 e dezembro de 1994 na enfermaria de tratamento para dependentes químicos de um hospital geral (Hospital Geral de Taipas – HGT), localizado na zona norte da cidade de São Paulo. Como critério de inclusão foi considerado o diagnóstico de dependência de crack (DSM-IV). O diagnóstico foi estabelecido por meio de entrevista clínica com a equipe de psiquiatras – da época -responsáveis pelas internações.

Todos os procedimentos adotados foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo e estão de acordo com os princípios da declaração de Helsink.

Local:

O HGT, no início dos anos 90, foi pioneiro em oferecer atendimento público especializado para dependência de crack em São Paulo; mesmo período em que a droga chegou à cidade. As internações são acompanhadas por uma equipe interdisciplinar e têm duração aproximada de 2 a 3 semanas.

Procedimentos:

Os dados foram coletados com base na revisão de prontuários da internação e em entrevistas (face a face) baseadas em questionários estruturados.²² Avaliaram-se informações, como: padrão de uso de múltiplas substâncias (lícitas e ilícitas), tempo de uso na vida (crack e demais substâncias); migração de vias de administração da cocaína; período de ápice do consumo de crack; trajetórias distintas de consumo e/ou abstenção desta droga e possíveis fatores associados.

Os dados de consumo foram obtidos por auto-relato. A entrevistadora do terceiro “follow-up” foi a mesma pessoa que realizou as avaliações anteriores e, portanto, já conhecia os entrevistados. Para imprimir maior qualidade aos encontros os questionários foram aplicados em visitas domiciliares.

A ratificação de dados referentes a óbitos e prisões realizou-se com base nos registros oficiais do governo (Fundação SEADE e PRO-AIM).

Análise Estatística:

Características da amostra foram descritas usando frequências simples (n) e porcentagens (%). Para variáveis numéricas calcularam-se média e desvio padrão (DP). Na comparação das variáveis qualitativas utilizou-se o teste de Qui-Quadrado e teste exato de Fisher (F), quando necessário. Com relação a estes testes foi considerado um nível de significância de 5%. Nos cruzamentos maiores do que tabela 2x2 e que houve evidência de associação estatística ($p < 0,05$), empregou-se análise de resíduo, com vistas à identificação das categorias que se diferenciavam entre os grupos.

Para a análise de mortalidade, variáveis avaliadas na internação foram comparadas, em curvas de sobrevida estratificadas (método “log-rank”); sendo que três mostraram-se significantes ($P < 0,10$). Em um segundo momento, estas 3 variáveis foram testadas no modelo de regressão de Cox, dependendo-se aquelas que pudessem representar aumento nos riscos de mortalidade.

Pela Regressão Logística Multinomial (método Stepwise Forward), nenhuma informação da internação compareceu como fator “preditivo” de trajetória de abstinência estável ou consumo prolongado.

Vale lembrar que todas as análises foram realizadas pelo programa SPSS (“Statistical Package for Social Scientists”) para Windows, versão 13.0.

Perfil da Coorte na Internação:

Dos 131 pacientes admitidos no HGT, 88.5% eram homens e 11.5% mulheres. Dentre eles, 63.3% tinham idade entre 15 e 24 anos e 74.6% eram caucasianos. Os solteiros integravam a maioria (67%) da amostra; seguido dos casados (27%). Na época da hospitalização 67% dos pacientes estavam desempregados. Apenas 44% possuíam mais de oito anos de escolaridade. A maioria dos pacientes não optou pelo crack como primeira droga de escolha e 28% apresentaram histórico pregresso de uso de cocaína endovenosa. Experiência anterior de tratamento esteve presente em 50% dos casos.

Resultados:

Os principais desfechos após 12 anos da alta da internação:

Após 12 anos da alta do HGT, dos 131 indivíduos da amostra inicial 107 (81.6%) foram identificados, sendo que 27 (20.6%) estavam mortos, 02 (1.5%) desaparecidos, 13 (10%) presos e 65 (49.6%) se distribuíam entre abstinentes e usuários regulares de crack (12 meses ou mais): 43 (32.8%) e 22 (16.8%), respectivamente. Vinte e quatro (18.3%) não foram localizados. Dentre os mesmos, 02 foram avaliados apenas no primeiro follow-up (1995-1996), 07 apenas no segundo (1998-1999), 12 entrevistados em ambos os follow-ups e 03 nunca localizados. Não houve diferença estatística entre localizados e não localizados para dados da internação como demografia, histórico de uso de crack e outras substâncias, tratamentos anteriores, problemas legais e HIV. Dos 27 (20.6%) óbitos, 59% ocorreram de forma violenta (homicídios) e a segunda maior causa de morte foi a AIDS (22%).

Tabela 1 (perfil dos mortos)

Das informações avaliadas na internação, 03 compareceram como fatores relacionados à diminuição da probabilidade de sobrevivência: anos de escolaridade ($p=0.044$); uso pregresso de cocaína endovenosa ($p=0.002$) e HIV positivo ($p=0.000$). Ao final, pelo modelo de regressão de Cox, identificou-se que uso pregresso de cocaína endovenosa – variável independente - aumentou em 2.5 vezes o risco de mortalidade em 12 anos ($p=0.031$) (95% IC, 1.08 - 5.79).

Figura 1 (curvas de sobrevivência estratificadas)

Perfil de Abstinentes e Usuários após 12 anos da alta da internação:

Em 12 anos, abstinentes e usuários de crack se subdividiam entre solteiros (43%) e casados (37%). A média de idade foi de 35 anos, com 49% distribuídos na faixa de 31 a 38 anos. Apenas 15% encontravam-se desempregados. Quase metade dos entrevistados (49.2%) não ultrapassou o ensino fundamental e 77% não freqüentava nenhum tipo de programa de ensino formal quando da entrevista.

Tabela 2 (poliuso em 12 meses)

Uso de drogas lícitas e ilícitas no ano anterior à avaliação:

No ano anterior à avaliação, a grande maioria ($n=45$; 74%) dos entrevistados referiu consumo esporádico de álcool (até duas vezes na semana). Dentre os mesmos 28 estavam abstinentes do crack e 17 eram usuários. O mesmo percentual foi encontrado para utilização intensiva (uso diário) de tabaco ($n=45$; 74%), também entre abstinentes ($n=28$) e usuários de crack ($n=17$). Quanto ao consumo de maconha, prevaleceram ($n=42$; 69%) aqueles que não fizeram uso desta droga no último ano; subdividindo-se entre 31 abstinentes e 11 usuários de crack. Dos que usavam maconha, 39% o fizeram de forma esporádica e 33% de maneira intensificada. Não foi encontrada diferença

estatística entre usuários e abstinentes do crack para utilização de álcool, tabaco e maconha, no último ano.

Em relação ao uso de cocaína aspirada mais da metade (n=40; 64.5%) dos indivíduos referiu não ter feito uso da droga no ano anterior à avaliação. Dentre os que estavam consumindo cocaína aspirada, no último ano, 68% relataram de consumo freqüente (3 a 4 vezes na semana) a intenso (5 a 7 vezes na semana). Vale destacar que abstinentes do crack (n=34) diferiram de forma significativa em relação a usuários (n=6) quanto a não utilização de cocaína aspirada (p=0.000).

Demais substâncias como anfetaminas, inalantes, alucinógenos, opióides e cocaína endovenosa (EV), segundo os pesquisados, não foram utilizadas no período.

Início e evolução do consumo de cocaína aspirada e crack:

Idade e uso na vida

Segundo os entrevistados, a idade média de início da utilização de cocaína foi 18 anos. A média de idade de primeiro uso do crack foi de 22 anos; não havendo diferença estatística entre usuários e abstinentes tanto para cocaína aspirada quanto para crack. Verifica-se um intervalo de 04 anos entre o princípio da utilização da cocaína aspirada e a iniciação do crack.

A duração média de uso, ao longo do curso de vida, de cocaína aspirada e crack foram avaliadas em 11 anos e 6 meses (140 meses; DP=78,4) e 08 anos e 10 meses (106 meses; DP=65,47), respectivamente. Houve, portanto consumo concomitante de cocaína aspirada e crack por longo período. A frequência de uso na vida para cocaína aspirada foi de 3 a 4 vezes na semana ou diária para 53%; e de crack, de 3 a 4 vezes na semana para 74%.

Migração de vias de administração

A cocaína aspirada compareceu como primeira via de administração empregada por 88.5% (n=54) da coorte. A via fumada (crack) foi usada como via inicial por 9.8% (n=6) dos indivíduos; e somente 1.6% (n=1) deles se utilizaram de cocaína endovenosa como primeira via de consumo.

A via fumada (crack) prevaleceu como segunda via de administração entre 82% dos entrevistados; apenas 12% se utilizaram da endovenosa como segunda via e 7% da aspirada. Não houve transição para uma terceira via de administração para a quase totalidade dos avaliados (81.5%). O motivo alegado para a transição da primeira (cocaína aspirada) para a segunda via (crack) foi preferência pela intensidade do efeito (51%).

Ápice do consumo de crack

Os dados coletados dão conta de que aproximadamente 12 meses depois do início do uso de crack, os usuários já chegaram a atingir padrões intensificados de consumo (“binge”), com média individual de 50 pedras (DP=5.3), ao longo de 04 dias (DP=1.86) consecutivos.

Trajetórias de consumo de crack

Levando em conta as informações acerca das oscilações e/ou períodos de abstinência e consumo entre os entrevistados, tornou-se possível estabelecer 03 grupos com trajetórias distintas pós-alta: (grupo 1; n=31) abstinentes estáveis: aqueles que relataram abstinência por pelo menos 5 anos consecutivos; (grupo 2; n=20) intermediários: aqueles que alternaram entre períodos de consumo e abstenção; e (grupo 3; n=14) usuários prolongados: aqueles que realizaram a manutenção do consumo de crack ao longo dos 12 anos.

Tabela 3 (grupos e dados da internação)

Os seguintes fatores estiveram relacionados à manutenção do consumo de crack no decorrer dos 12 anos de follow-up (grupo 3): teste HIV positivo na internação ($p=0.046$); consumo de cocaína aspirada no último ano ($p=0.001$) e tempo de uso de cocaína aspirada na vida (mais de 132 meses) ($p=0.000$).

O grupo dos abstinente estáveis (grupo 1) (67.7%, abstinente entre 5 a 10 anos consecutivos) apresentou apenas um fator significativo em relação ao grupo intermediário (grupo 2) e de uso prolongado (grupo 3): comportamento sexual seguro com utilização de preservativo ($p=0.001$).

Tabela 4 (trajetórias e dados de consumo e demografia)

Idade e uso na vida para álcool, tabaco e maconha:

As idades de início do consumo se distribuíram na seguinte sequência: álcool (15 anos - de 5-34 anos); tabaco (15,5 anos – de 10-32 anos) e maconha (16 anos – de 11-36 anos). Não foi encontrada diferença estatística entre abstinente e usuários de crack para idade de início de consumo destas substâncias: ($p=0.773$), ($p=0.930$), ($p=0.705$); respectivamente. . :

Os tempos de uso ao longo do curso de vida para álcool, tabaco e maconha foram: 19 (DP=6,6), 18 (DP=6,5) e 12 (DP=7) anos (sem diferença estatística entre usuários de crack e abstinente). A frequência de uso na vida para maconha foi esporádica, para 47%; e por volta de 2 a 3 vezes na semana para 75%, no que diz respeito ao consumo de álcool. Em relação ao tabaco observou-se frequência de uso intensa, na vida (95%).

Discussão:

Este estudo retratou a evolução do consumo de crack em longo prazo, entre uma coorte com experiência de tratamento. Elevada taxa de mortalidade por causas violentas, migração de vias de administração da cocaína e início e uso

na vida de substâncias lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas (maconha e cocaína); foram apresentados. Períodos de maior intensificação do consumo (4 dias consecutivos, 50 pedras) confirmaram a existência de padrão “binge” ao longo da seqüência de uso da coorte. Definiram-se ainda 03 grupos com trajetórias distintas de consumo e fatores associados.

Crack e outras substâncias

O uso de outras substâncias além do crack é uma característica bastante presente entre usuários desta droga e sua ocorrência encontra-se retratada em literatura.^{3,10} No presente estudo, os relatos de utilização de diferentes substâncias, tanto no curso de vida quanto no último ano ratificaram esta tendência, sem no entanto ter sido possível estabelecer com clareza como as associações se processaram e os significados delas.

Estima-se que, dentre indivíduos que buscam tratamento para uso de cocaína (em geral) existe grande contingente de dependentes ou abusadores de álcool.^{20,11,7} As combinações entre cocaína e álcool e crack e álcool podem diferir bastante: no primeiro caso o uso do álcool, em geral, tende a reforçar os efeitos positivos da cocaína, sendo ambas as substâncias administradas em maior quantidade; já no caso do crack, o uso de álcool é realizado posteriormente buscando-se “molhar” a secura da boca, “rebater” a intensidade do crack, e/ou amenizar efeitos indesejáveis. Além disso o emprego do álcool tende a diminuir, neste estágio final, as dosagens de crack utilizadas.^{10,25}

Consideradas as avaliações de tempo de uso na vida para cocaína aspirada e crack observa-se que a transição da primeira via de utilização da droga, mais comumente utilizada como via inicial¹¹, para a segunda não implicou – necessariamente – no abandono daquela. Neste caso houve uso concomitante

de cocaína aspirada e crack por anos, especialmente entre membros do grupo 3 (uso prolongado). Para Guindalini et al¹¹ (2006), a articulação entre as duas vias configuraria um grupo distinto (chamados de usuários “duais”), de maior ocorrência de problemas legais e riscos à saúde. Por outro lado, especula-se a respeito do papel que o consumo de cocaína aspirada poderia desempenhar na manutenção do uso de crack, em longo prazo. Correlação que foi observada neste estudo mas não elucidada. Não se sabe, ao certo, se houve – através da associação entre as duas substâncias – o agravamento da condição de dependência e, portanto maior dificuldade em interromper o uso e/ou certa moderação do consumo de crack pelo uso da cocaína aspirada (alternado ou em substituição) permitindo “esticar” a trajetória da via fumada em longo prazo.

7

Longevidade do consumo de crack

O consumo de crack possui características múltiplas e compreende distintas durações, incluindo extensos períodos de tempo¹². No caso do presente estudo, prolongados ciclos (grupo 2) e anos de consumo (grupo 3 e tempo de uso na vida) foram observados.

Na literatura internacional, Falck et al⁸ (2007) avaliaram uma coorte de 430 usuários da droga, em grande parte do sexo masculino, todos maiores de 18 anos, com residência fixa e sem pendência criminal. Os autores relataram que após 8 anos de follow-up 63% mantiveram o uso de crack; percentual que os levou a afirmar a viabilidade da extensão do consumo por décadas.

Já no contexto brasileiro, o uso de crack de longo prazo tende a ser estimulado pela alta disponibilidade (lucratividade) e fácil acesso à substância. Além disso, a apresentação da droga sofreu alteração (mudança na cor, consistência,

efeito e tamanho) resultando em preparações “impuras” (menor potencial aditivo, acréscimo de diluentes) e fracionadas (menor custo, maior disseminação)¹⁹. Outro aspecto atuante na longevidade do consumo é a possibilidade de se desenvolverem estratégias singulares de manutenção de padrões continuados, embora em níveis mais moderados. Apesar do padrão intensificado ainda ser regra e não exceção⁷, já existe estudos (ainda incipientes) retratando práticas de moderação do uso de crack e conciliação com atividades da vida cotidiana^{9,25}. Oliveira & Nappo¹⁸ (2008) observaram a tendência entre indivíduos que passaram da fase compulsiva para padrões controlados. Segundo os autores foram os próprios entrevistados que empregaram formas de auto-regulação como por exemplo afastarem-se do contexto anterior de consumo; estruturarem atividades diárias e de lazer; moderarem a utilização de outras substâncias (gatilhos) ou administrarem determinadas drogas de forma substitutiva ao crack. As práticas de auto-regulação parecem apontar para um processo dinâmico em que o usuário testa e acumula experiências sobre formas de uso e danos associados, utilizando-se de expedientes que visem reduzir riscos e construindo ativamente uma cultura da droga. No caso do estudo os fatores envolvidos no prolongamento do uso não puderam ser explorados.

HIV, crack e promoção de saúde

Um fator proximamente correlacionado ao uso de crack por longos períodos foi resultado positivo para HIV na internação. A manutenção do consumo por indivíduos soropositivos aumenta a preocupação em se adotarem estratégias de redução de danos (uso consistente de preservativos, distribuição de insumos) que se destinem a evitar transmissão (re-infecção) do HIV e outras

DSTs (sífilis, gonorréia, etc). O uso abusivo de crack é apontado não só como possível fator de risco para HIV como também “catalisador” do agravamento desta condição dentre os soropositivos^{4,1}. São recomendadas intervenções combinadas (maximização dos efeitos) para ambas as problemáticas. Torna-se indicado, quanto ao HIV, encaminhamento a unidades de teste e aconselhamento, constante supervisão da adesão aos antiretrovirais e avaliação da motivação para os cuidados com o corpo e à saúde². Mas, para que se executem ações combinadas, conforme perspectiva de atenção integral e humanizada; é necessária efetiva oferta, acolhida e articulação entre serviços (fortalecimento da rede), assim como uma propensão à escuta dos usuários.

Trajetórias estáveis de abstinência

Com exceção de correlação positiva com comportamento sexual seguro (uso de preservativo) não foi possível identificar outros fatores associados à estabilidade das trajetórias de abstinência. Ainda assim, a composição de um grupo de abstenção por anos consecutivos (grupo 1) aponta para a quebra do ceticismo quanto à possibilidade de se abandonar o crack e sustentar esta condição, ao longo do tempo¹⁶. Na busca por entendimento dos processos de recuperação, há estudos que se destinam à elucidação de indicadores proximalmente relacionados à aquisição de padrões de abstinência^{13,17}; dentre eles o de Siegal et al²⁴ (2002) que verificaram alta correlação entre abstinência estável e freqüência prolongada a tratamento.

Com relação à coorte do presente estudo, o abandono efetivo da droga variou dos primeiros anos até pontos mais avançados da alta. Neste caso, padrões estáveis de abstinência, entre usuários de crack com experiências de tratamento, podem se estabelecer tanto em curto prazo como demandar anos

para se tornarem consistentes. Em estudo realizado entre coorte de 1.271 usuários de drogas (64% de cocaína) estimou-se que o tempo médio entre a experiência de tratamento inaugural e a última ocasião de uso foi de 9 anos⁶. Scott et al²³ (2005) relataram variação de 3 a 4 episódios de tratamento em longo período até a consecução de padrões estáveis de abstinência. Vale sublinhar que a expectativa de interrupção precoce do uso de crack (alta exigência), além de promover desinvestimento dos cuidados quando frustrada, compromete o percurso de mudança (que pode demandar anos).

Investigações futuras deveriam se voltar para a elucidação dos chamados pontos de virada (“turning points”), ou seja, dos eventos significativos de vida que tendem a favorecer a interrupção do consumo de crack. Também é relevante detectar momentos do curso de vida dos indivíduos em que outros dispositivos (de saúde, sociais e culturais) que não os tratamentos formais compareçam como apoiadores da alteração da relação de exclusividade com a droga.

Limitações do Estudo.

Como limitação do presente estudo tem-se amostra proveniente de um único local de tratamento, reduzido número de mulheres e ausência de medidas físicas de consumo. Alguns fenômenos de relevância para este campo de pesquisa não foram explorados, como compartilhamento de insumos; uso de crack e tabaco (pitilho); crack e maconha (mesclado); ocorrência de tuberculose e hepatites.

Conclusão.

Fenômenos relacionados à evolução do consumo de crack em longo prazo, entre uma coorte de 131 indivíduos, foram apresentados. Observou-se tendência à longevidade do consumo desta droga traduzindo-se num uso prolongado ou alternado com períodos de abstenção. Além disso, estabeleceram-se padrões estáveis de abstinência confirmando a viabilidade de interrupção consistente do consumo e heterogeneidade nas trajetórias de utilização desta droga. A importância da articulação entre serviços, da elucidação de expedientes de manutenção e controle do consumo, da investigação detalhada de pontos de “virada” e da adoção de uma perspectiva mais ampla que situe o processo de recuperação dentro de um percurso que pode levar anos para se constituir são discutidos.

Agradecimentos.

Agradecimento a Silvana Julião (auxiliar de terapia ocupacional) que realizou as entrevistas. AC Dias recebeu auxílio pesquisa da FAPESP (04/13804-1) e bolsa individual da CAPES.

Referências

1 Baum MK, Rafie C, Lai S, Sales S, Page B, Campa A. Crack-Cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HiV-positive drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;50:93-99.

2 Bell C, Metsch LR, Vogenthaler N, Cardenas G, Rodriguez A, Locascio V, Kuper T, Scharf E, Marquez A, Yohannan M, del Rio C. Never in care: characteristics of HIV-infected crack cocaine users in 2 US cities who have never been to outpatient HIV care. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010;54:376-80

- 3 Buster MCA, Witteveen E, Prins M, van Ameijden EJC, Schippers G, Krol A. Transitions in drug use in a new generation of problem drug users in Amsterdam: a 6-year follow-up study. *Eur Addict Res* 2009;15:179-187.
- 4 Celentano D, Sherman SG. The changing landscape of crack cocaine use and HIV infection. *CMAJ*. 2009;181(9):571-572.
- 5 Costa Dias A, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira R. Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5 and 12 years. *Substance Abuse* 2008;29(3):71-9.
- 6 Dennis ML, Scott CK, Funk R, Foss MA. The duration and correlates of addiction and treatment careers. *J. Subst. Abuse Treat.* 2005;28:51-52.
- 7 Falck RS, Wang J, Carlson RG. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug Alcohol Depend.* 2008 doi: 10.1016/j.drugalcdep.2008.04.004
- 8 Falck RS, Wang J, Carlson RG. Crack cocaine trajectories among users in a Midwestern American city. *Addiction* 2007;102:1421-1431.
- 9 German D, Sterk CE. Looking beyond stereotypes: exploring variations among crack smokers. *J Psychoactive Drugs* 2002;34(4):383-92.
- 10 Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. *Addiction* 2006;101:1292-8.
- 11 Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: do they represent a different group? *BMC Public Health* 2006;6:1-7.

12 Han B, Gfroerer JC, Colliver JD. Associations between duration of illicit drug use and health conditions: results from the 2005-2007 national surveys on drug use and health. *Ann Epidemiol* 2010;20(4):289-97.

13 Hser YI, Stark ME, Paredes A, Huang D, Anglin MD, Rawson R. A 12-year follow-up of a treated cocaine-dependent sample. *J. Subst. Abuse Treat.* 2006;30:219–226.

14 Hser YI, Longshore D, Anglin MD. The life course perspective on drug use: a conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Eval Rev.* 2007;31:515-47.

15 Laranjeira R, Dunn J, Rassi R, Fernandes M, Mitsushiro S. Crack cocaine – a two-year follow-up study of treated patients. *J Addict Dis.* 2001;20(1):43-8.

16 Laudet AB, Savage R, Mahmood D. Pathways to long-term recovery: a preliminary investigation. *J Psychoactive Drugs* 2002;34(3):305-11.

17 McKay JR, Foltz C, Stephens RC, Leahy PJ, Crowley EM, Kissin W. Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. *J. Subst. Abuse Treat.* 2005;28:73-82.

18 Oliveira LG, Nappo, SA. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4): 664-71.

19 Oliveira LG, Nappo, SA. Crack-cocaine in São Paulo: accessibility, market strategies and ways of use. *Rev Psiq Clín.* 2008;35(6):212-8.

20 Pennings JM, Leccese AP, de Wolff FA. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction.* 2002;97:773-83.

21 Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Lima MS, Laranjeira R. Crack cocaine: a five-year follow-up study of treated patients. *Eur Addiction Res.* 2007;13:11–9.

22 Rousanville BJ, Tims FM, Horton AM, Sowder BJ. Diagnostic Source Book on Drug Abuse Research and Treatment (National Institute on Drug Abuse – NIDA), 1993; Rockville, U.S. Department of Health and Human Services.

23 Scott CK, Foss MA, Dennis ML. Pathways in the relapse, treatment, recovery cycle over 3 years. *J. Subst. Abuse Treat.* 2005; 28:63-72.

24 Siegal HA, Li L, Rapp RC. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addict Behav.* 2002;27:437–449.

25 Silva SL. Mulheres da luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2000.

Table 1. Perfil da internação dos pacientes que evoluíram para óbito (n=27)

Variáveis*	N	%
Gênero: (n=27)		
masculino	26	96.3
feminino	1	3.7
Idade [anos]: (n=27)		
15 – 19	8	29.6
20 - 24	6	22.2
25 – 29	6	22.2
30 – 34	3	11.1
35 – 39	3	11.1
40 – 42	1	3.7
Raça: (n=27)		
caucasiano	19	70.4
negro	8	29.6
Estado civil: (n=27)		
solteiro	18	66.7
casado	7	25.9
divorciado	2	7.4
Escolaridade: (n=22)		
menos que 8 anos	15	68.2
8 anos ou mais	7	31.8
Empregado (n=22)		
sim	3	13.6
não	19	86.4
* Ausência de dados ocorreram em virtude da ausência destas informações nos prontuários da internação		

Table. 1. Perfil da internação dos pacientes que evoluíram para óbito:

Table 2. Consumo de drogas lícitas e ilícitas entre abstinentes e usuários de crack (últimos 30 dias e 12 meses)*

		Consumo de drogas lícitas e ilícitas				p-valor*
		abstinentes		usuários		
		n	%	n	%	
Álcool (30 dias)	Sim	25	61%	14	66.7%	0.661
	Não	16	39%	7	33.3%	
Nicotina (30 dias)	Sim	27	65.9%	16	76.2%	0.403
	Não	14	34.1%	5	23.8%	
Cannabis (30 dias)	Sim	8	19.5%	7	33.3%	0.229
	Não	33	80.5%	14	66.7%	
Cocaína Aspirada (30 dias)	Sim	5	12.2%	10	45.5%	0.003
	Não	36	87.8%	12	54.5%	
Álcool (12 meses)	Sim	28	68.3%	17	85%	0.164
	Não	13	31.7%	3	15%	
Nicotina (12 meses)	Sim	28	68.3%	17	85%	0.164
	Não	13	31.7%	3	15%	
Cannabis (12 meses)	Sim	10	24.4%	9	45%	0.103
	Não	31	75.6%	11	55%	
Cocaína Aspirada (12 meses)	Sim	7	17.1%	15	71.4%	0.000
	Não	34	82.9%	6	28.6%	

* Ausência de dados para algumas variáveis aconteceram devido à recusa em fornecer a informação ou viés de memória.

*P value <0.05

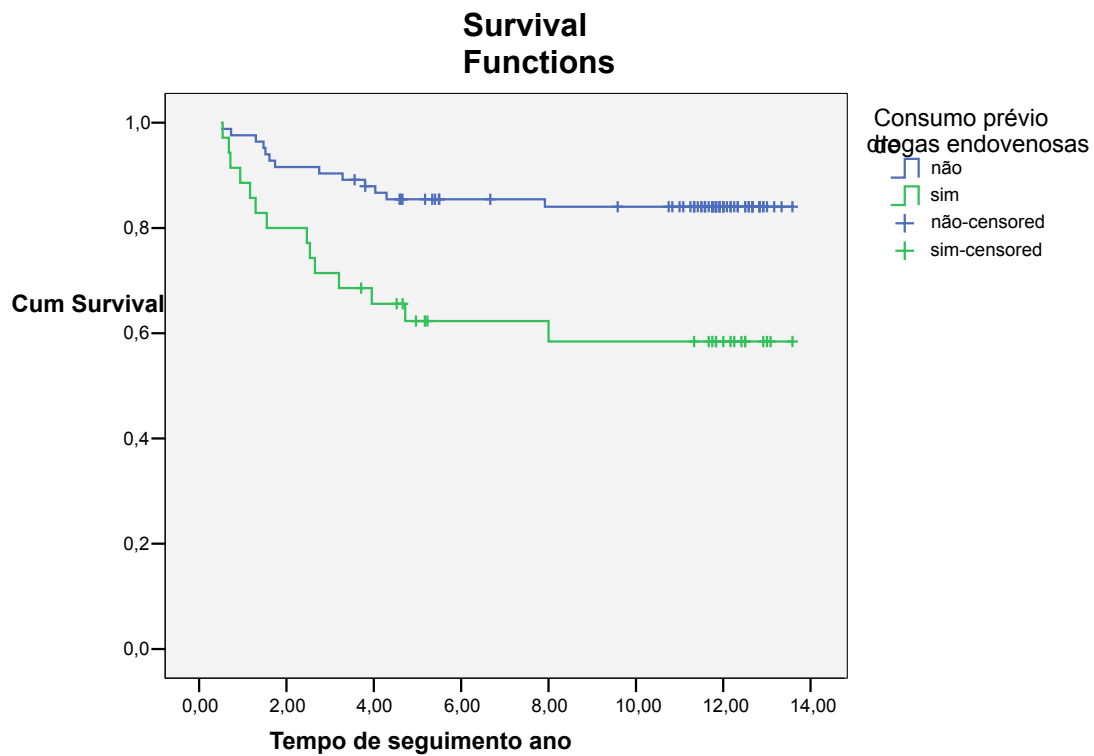
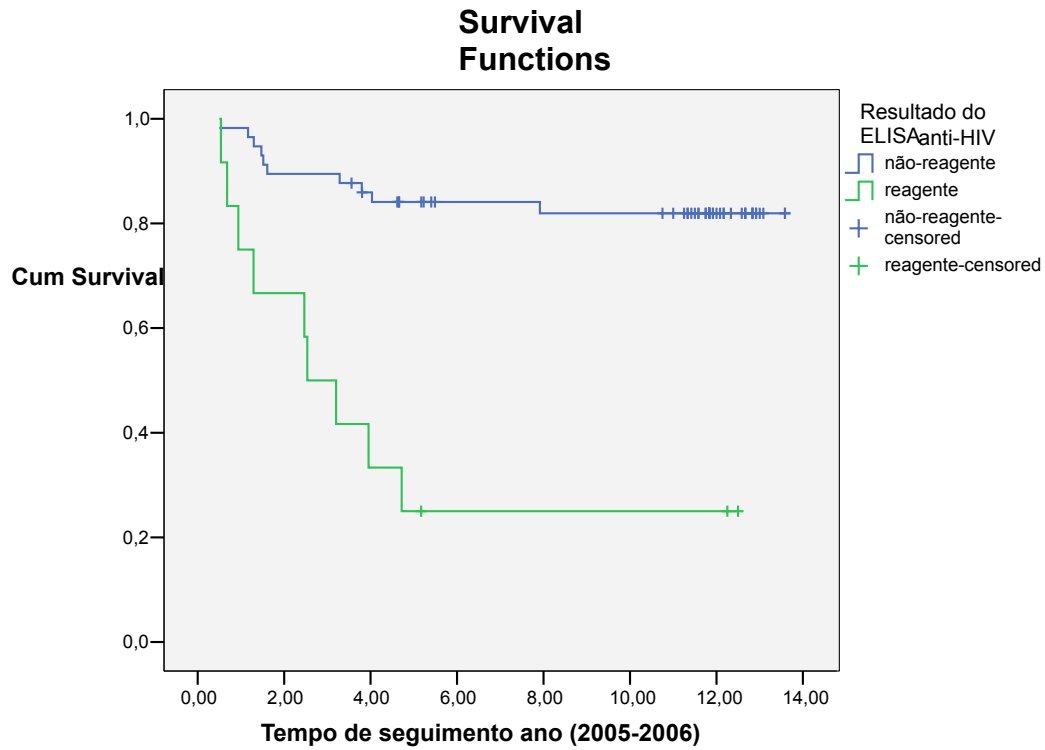
Table 3. Trajetórias de consumo de crack e variáveis da internação

		A3Trajetórias de consumo de crack						p-valor
		abstinentes estáveis		alternância entre abstinência e uso		mínimas interrupções de consumo		
		n	%	n	%	n	%	
Pacientes internados no HGT (1992 - 1994) em relação à maioridade	menor de idade (< 18 anos)	7	22,6%	4	20,0%	1	7,1%	0,456
	maior de idade (>= 18 anos)	24	77,4%	16	80,0%	13	92,9%	
Emancipação civil entre os pacientes internados (1992 - 1994)	menor de 21 anos	12	38,7%	8	40,0%	2	14,3%	0,217
	maior de 21 anos	19	61,3%	12	60,0%	12	85,7%	
Sexo	masculino	26	83,9%	18	90,0%	12	85,7%	0,825
	feminino	5	16,1%	2	10,0%	2	14,3%	
Raça	branca	22	71,0%	16	80,0%	13	92,9%	0,250
	negra	9	29,0%	4	20,0%	1	7,1%	
Estado civil na internação	solteiro	20	64,5%	16	80,0%	8	57,1%	0,682
	casado	9	29,0%	4	20,0%	5	35,7%	
	amasiado	1	3,2%			1	7,1%	
	separado	1	3,2%					
Trabalho na internação	empregado	9	37,5%	6	33,3%	5	45,5%	0,807
	desempregado	15	62,5%	12	66,7%	6	54,5%	
Pacientes que completaram o primário na época da internação	primário ou menos	1	5,0%	1	5,6%			0,717
	mais que o primário	19	95,0%	17	94,4%	12	100,0%	
Pacientes maiores de 15 anos que completaram o primeiro grau na época da internação	primeiro grau ou menos	13	72,2%	12	66,7%	6	50,0%	0,447
	mais que o primeiro grau	5	27,8%	6	33,3%	6	50,0%	
Pacientes maiores de 18 anos que completaram o segundo grau	segundo grau ou menos	15	100,0%	13	92,9%	8	72,7%	0,066
	mais que o segundo grau			1	7,1%	3	27,3%	
Ocorrência de reinternação no Hospital Geral Taipas (1992 - 1999)	houve	9	29,0%	5	25,0%	3	21,4%	0,857
	não houve	22	71,0%	15	75,0%	11	78,6%	
Idade do início do consumo (anos) [categorial]	até os 18 anos	10	35,7%	7	35,0%	2	14,3%	0,320
	após os 18 anos	18	64,3%	13	65,0%	12	85,7%	
Consumo de crack antes da internação (meses)	até 12 meses	15	53,6%	10	50,0%	6	42,9%	0,807
	há mais de 12 meses	13	46,4%	10	50,0%	8	57,1%	
Consumo prévio de drogas endovenosas	sim	3	11,1%	5	25,0%	5	35,7%	0,168
	não	24	88,9%	15	75,0%	9	64,3%	
Resultado do ELISA anti-HIV	reagente					2	25,0%	0,046
	não-reagente	12	100,0%	11	100,0%	6	75,0%	
Antecedente familiar de dependência química	sim	15	55,6%	13	65,0%	8	61,5%	0,801
	não	12	44,4%	7	35,0%	5	38,5%	

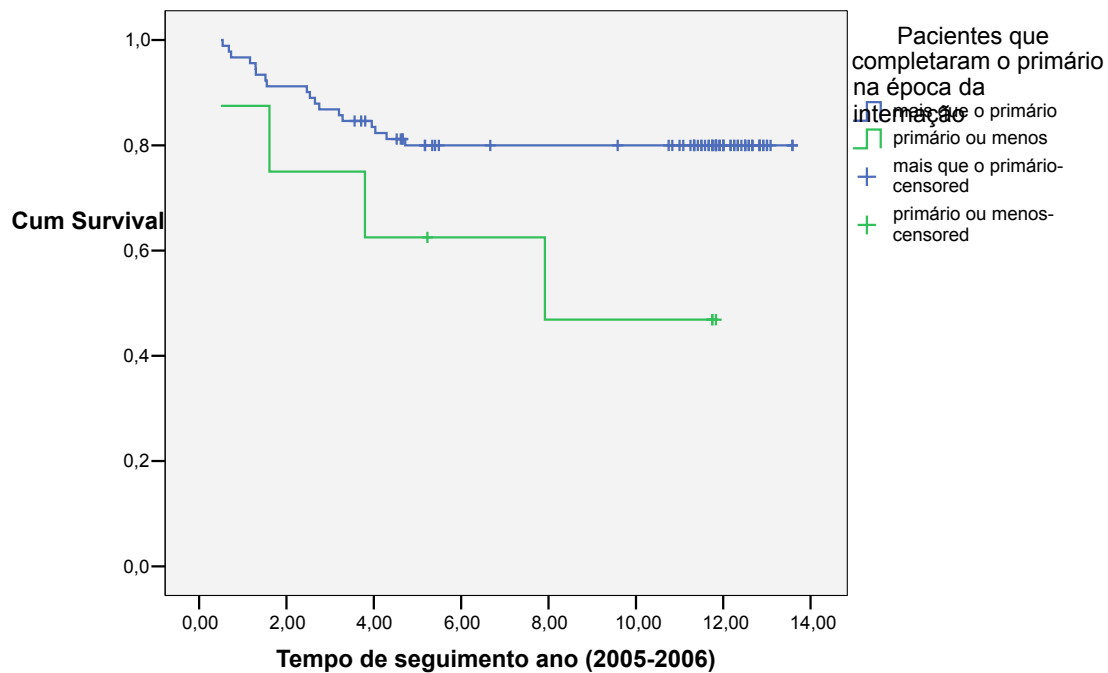
Table 4: Trajetórias, perfil demográfico e de consumo.

		Trajetórias de consumo de crack (2005-2006)						p-valor
		abstinentes estáveis		alternância entre abstinência e uso		mínimas interrupções do consumo		
		n	%	n	%	n	%	
Trabalho durante o último ano (2005-2006)	sim	29	93,5%	15	83,3%	10	71,4%	0,137
	não	2	6,5%	3	16,7%	4	28,6%	
	fundamental incompleto	9	29,0%	5	27,8%	4	28,6%	
	fundamental completo	4	12,9%	4	22,2%	5	35,7%	
Tipo de escolaridade (2005-2006)	médio incompleto	4	12,9%	2	11,1%	1	7,1%	0,785
	médio completo	8	25,8%	6	33,3%	1	7,1%	
	superior incompleto	3	9,7%	1	5,6%	2	14,3%	
	superior completo	2	6,5%			1	7,1%	
	técnico	1	3,2%					
Conta com o dinheiro da família ou do parceiro para se sustentar (2005-2006)	sim	23	74,2%	13	72,2%	11	78,6%	0,917
	não	8	25,8%	5	27,8%	3	21,4%	
Consumo de álcool nos últimos 30 dias (2005-2006)	sim	18	58,1%	12	66,7%	9	69,2%	0,725
	não	13	41,9%	6	33,3%	4	30,8%	
Consumo de nicotina nos últimos 30 dias (2005-2006)	sim	19	61,3%	15	83,3%	9	69,2%	0,272
	não	12	38,7%	3	16,7%	4	30,8%	
Consumo de cannabis nos últimos 30 dias (2005-2006)	sim	4	12,9%	6	33,3%	5	38,5%	0,110
	não	27	87,1%	12	66,7%	8	61,5%	
Consumo de hipnóticos nos últimos 30 dias (2005-2006)	não	31	100,0%	18	100,0%	13	100,0%	
Consumo de anfetamina nos últimos 30 dias (2005-2006)	não	31	100,0%	18	100,0%	13	100,0%	
Consumo de cocaína aspirada nos últimos 30 dias (2005-2006)	sim	2	6,5%	6	33,3%	7	50,0%	0,003
	não	29	93,5%	12	66,7%	7	50,0%	
Consumo de álcool nos últimos 12 meses (2005-2006)	sim	20	64,5%	15	83,3%	10	83,3%	0,248
	não	11	35,5%	3	16,7%	2	16,7%	
Consumo de nicotina nos últimos 12 meses (2005-2006)	sim	20	64,5%	15	83,3%	10	83,3%	0,248
	não	11	35,5%	3	16,7%	2	16,7%	
Consumo de cannabis nos últimos 12 meses (2005-2006)	sim	6	19,4%	8	44,4%	5	41,7%	0,128
	não	25	80,6%	10	55,6%	7	58,3%	
Consumo de cocaína aspirada nos últimos 12 meses (2005-2006)	sim	3	9,7%	9	50,0%	10	76,9%	0,001
	não	28	90,3%	9	50,0%	3	23,1%	
Consumo de cocaína ev nos últimos 12 meses (2005-2006)	não	31	100,0%	18	100,0%	12	100,0%	
Consumo de inalantes nos últimos 12 meses (2005-2006)	não	31	100,0%	18	100,0%	12	100,0%	0,125
Consumo de opióides nos últimos 12 meses (2005-2006)	sim					1	8,3%	0,125
	não	31	100,0%	18	100,0%	11	91,7%	
Consumo de alucinógenos nos últimos 12 meses (2005-2006)	não	31	100,0%	18	100,0%	12	100,0%	0,125
Sexo sem camisinha (período/ os de consumo de crack) (2005-2006)	sim	7	31,8%	11	78,6%	8	100,0%	0,001
	não	15	68,2%	3	21,4%		(2,6)	
Trocou sexo por drogas (2005-2006)	sim	2	8,7%	3	23,1%	1	14,3%	0,489
	não	21	91,3%	10	76,9%	6	85,7%	
Overdose em vista do uso de crack (2005-2006)	sim	12	42,9%	4	22,2%	2	16,7%	0,162
	não	16	57,1%	14	77,8%	10	83,3%	

Fig 1: Curvas de sobrevida estratificadas de variáveis significativas que entraram no modelo final de Cox.



Survival Functions



4. Considerações Relevantes

Consideramos oportuno empreender um esforço de articulação e aproximação entre achados do estudo - enquanto pontos de apoio - e discussões da agenda nacional em relação ao campo de álcool e drogas, e, mais especificamente a respeito do consumo intensivo de crack. Interrogam-se ainda questões presentes no imaginário coletivo.

4.1.O testemunho da chegada do crack a São Paulo.

O grupo de 131 indivíduos reunidos e acompanhados ao longo do tempo (12 anos) contribuiu de forma valiosa, com sua experiência, para a elucidação e compreensão de processos implicados no advento do crack. Eles testemunharam a inserção da droga nos domínios da cidade de São Paulo (final dos anos 80), tendo sido aquele um momento bastante crítico.

A alta exposição à violência comparece como relevante fenômeno atrelado à cultura do crack; traduzindo-se, para alguns, em curta expectativa de vida; sinalizada por elevadas taxas de mortalidade (Chesnais, 1999). Entretanto, faz-se necessário sublinhar que os achados não autorizam o estabelecimento de qualquer tipo de relação causal, ou equivalência entre consumir crack e evoluir para óbito. Daí a inadequação de afirmações que os

aproximem tão categoricamente. Há que se levar em conta que a maior parte das mortes (causas violentas), no caso do estudo apresentado, coincidiu com o período de adaptação do mercado e do usuário à nova realidade.

Vivia-se um contexto de crescentes disputas entre traficantes pela liderança da venda. E também de embates com a força policial, uma vez que se trata de uma prática de produção e consumo de caráter ilegal, onde a repressão faz incidir suas marcas.

Somava-se, o desconhecimento do usuário quanto aos possíveis desdobramentos da relação de consumo (potencial de ocasionar dependência, riscos e danos); e a rigidez nos códigos de interação e conduta, quando do acesso à droga: não se admitiam endividamentos, comportamentos indiscretos ou desesperados diante das “bocas”, que atraíssem a atenção de curiosos e da polícia. Caso acontecessem o usuário poderia ser severamente punido até mesmo com a própria morte (Silva, 2000).

Com o passar do tempo, uma das suposições é de que tenha havido redução da exposição e vulnerabilidade ao entorno violento, como decorrência do aumento dos níveis de abstinência (influindo na estabilização da sobrevivência).

Contudo, dentre os que não pararam de consumir a droga, levantamos a hipótese (não apresentada no segundo artigo) de que embora a característica de violência atrelada à condição de acesso ao crack tenha se mantido até os dias de hoje (Sappori e col., 2010);

foram os usuários que, diante das vicissitudes do contexto da substância, precisaram construir expedientes de adaptação.

Certamente a exposição ao risco ainda se faz presente, mas, ao longo dos anos, foram sendo desenvolvidos aprendizados para lidar com a fissura, com o tráfico e com a polícia:

“O usuário aprendeu as regras do tráfico e passou a obedecer a elas sem criar artifícios para isso. As dívidas na bocada de crack são evitadas, assim como estratégias, por meio de atitudes de subserviência como implorar, chorar, ajoelhar e outras, que a droga possa ser-lhe dada (fiado). Esse comportamento atrai a atenção da polícia e é reprimido com violência pelo tráfico. Quanto à polícia, admitir ser usuário e não tentar esconder o consumo parece ser uma estratégia adequada, pois nesse caso o usuário beneficia-se da nova Lei de Drogas” (Nappo e col., 2010:34).

Silva (2000), descreve algumas estratégias de minimização de danos desenvolvidas entre mulheres usuárias da região da cracolândia (São Paulo):

“Para as mulheres não se consumirem com o uso da pedra relataram alguns cuidados que tomam, como por exemplo, no ato de fumar tomar um copo de leite, ou ainda, fumar durante três dias e passar três dias sem fumar, sair do local em que as pessoas estão usando o crack e se alimentar rapidamente, pois, segundo elas, quando comem a vontade de fumar passa, e se não fizerem isso, voltam a fumar novamente e podem passar mais alguns dias sem comer, o que aumentaria o risco de uma overdose. (...) Geralmente as mulheres fumam acompanhadas ou próximas de outros que estão fumando, pois no caso de uma overdose, podem ser socorridas por quem está perto ou mesmo serem avisados caso a polícia apareça” (pg. 72).

4.2.Vigor e reflexos de uma política predominantemente repressiva.

“Considere-se o alcance desse deslizamento, registrado no decorrer do tempo, que se exprime na dimensão da repressão, refletida especialmente no espaço jurídico, na forma de um arsenal de disposições legislativas sobre a nocividade e, principalmente sobre o abuso da droga, deslizamento que não é concebível fora da relação entre a ciência e a droga. Dessa presença determinante do discurso da ciência, deriva o traço de repressão policial, característico da droga na atualidade. E, justamente, a maior ambição da ordem jurídica é a de regulamentar o uso abusivo da droga, circunscrevendo-o, em certos casos, às fronteiras do útil” (Santiago, 2001:19).

O percentual expressivo de prisões (pós-alta) ao longo dos anos de acompanhamento dos participantes do estudo (1992-94—2005-06), bem como a duração das penas, convoca a que se interrogue o próprio contexto das leis e políticas de drogas vigentes no período.

O Brasil é herdeiro de um discurso jurídico que tem suas raízes na tradição norte-americana (século XIX):

“A opção por uma abordagem repressiva e proibicionista de guerra às drogas nasce de um modelo americano e espalha-se rapidamente por todo o mundo, inclusive no Brasil” (Arana *op.cit. apud* Moraes, 2005:31).

A proposta de repressão da produção, comércio e utilização de substâncias; foi firmada no âmbito de conferências internacionais que congregavam e exerciam grande apelo à adesão de inúmeros países.

A organização das Nações Unidas (fundada em 1945) também contribuiu fortemente para a unificação de um programa (Convenções-Irmãs) internacional de controle e coerção às drogas, endossando a premissa proibicionista:

“Em 1998 a ONU convocou uma Sessão Especial da Assembléia Geral (UNGASS) para a discussão da política mundial de drogas. Este evento não apenas ratificou as Convenções-Irmãs como também estabeleceu a meta de erradicação do cultivo de plantas e vegetais para a produção de drogas ilícitas, uma estratégia considerada chave para a supressão do consumo de drogas ilícitas no mundo. O plano de ação da UNGASS estabelecia o ano de 2008 como prazo para o alcance dessa meta e intitulava-se *Um mundo livre de drogas: Nós podemos fazê-lo*. Em 2003, tanto a meta quanto o prazo para atingi-la foram reafirmados pela ONU” (Alves, 2009:2311).

Ações movidas pelo intento de erradicação universal das drogas (passando pelo consumo) esbarram em tensionamentos e limitações.

A primeira delas é a fragilidade de uma premissa que toma como possível (e necessária) a eliminação de todo o montante de drogas ilícitas produzidas em escala mundial (Cotrim, 1999). Trata-se de um mercado atraente e lucrativo, o que aumenta a resistência ao que venha cerceá-lo. Se os esforços repressivos se voltam para a produção, distribuição e comércio, o que se verifica é uma mobilização no sentido da superação dos impedimentos que são impostos: estabelecem-se novas localidades e rotas de contrabando; aprimoram-se técnicas de cultivo frente às reduções de área, obtendo-se “maior produtividade por planta”. Promovem-se

descentralização da produção e venda, através de médios e pequenos comerciantes; incorrendo em aumento da competitividade e diminuição de preço (Morais, 2005). Em suma, ocorre com o tráfico o que se observa em qualquer atividade mercadológica bem sucedida: a racionalização do comércio e aperfeiçoamento das práticas, com maximização de resultados:

“O tráfico de drogas, em âmbito varejista e atacadista, apresenta estratégias geralmente ignoradas pelos crédulos na capacidade da repressão de elevar o preço de certas drogas e conter o seu consumo” (Paixão, 1994; Reuter e Kleiman, 1986).

“(…) Muitas vezes os insumos químicos, como éter e acetona, necessários para a transformação da pasta-base em cocaína, não estavam prontamente disponíveis devido ao controle governamental exercido sobre a sua comercialização. Para evitar maiores perdas financeiras, os traficantes passaram então a produzir essa forma menos pura (*referindo-se ao crack*), no entanto, mais facilmente vendável. (Domanico, 2006:14).

Outro tensionamento surge da adoção de um foco eminentemente voltado para o domínio da segurança pública

¹ -segundo a linha do combate como palavra de ordem – e da justiça criminal. Decorre daí uma inevitável sobrecarga do sistema prisional, absorvendo – arbitrariamente – grandes traficantes e usuários:

¹ Vale mencionar que a instância federal superior encarregada de coordenar e integrar as ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social é o Gabinete de Segurança Institucional.

“O tratamento legal e de forma igualitária a todos os integrantes da “cadeia organizacional do mundo das drogas” é desigual em termos de penalização e alternativas de intervenção” (Brasil, 2004).

Incluem-se nessa crítica os altos custos e o fato da prisão não impedir que o consumo se mantenha, podendo, inclusive fomentar o oposto do pretendido:

(...) “criminalizar o dependente de drogas sem oferecer recursos terapêuticos durante a pena, considerando o fácil acesso às drogas nos ambientes prisionais, remete a uma realidade desumana...” (Conte e col., 2008:607).

Consoante à lógica exposta, observa-se uma conseqüente marginalização e desrespeito para com o usuário, enquanto portador de direitos. O próprio Ministério da Saúde reconhece e aponta o componente de ilicitude do uso de determinadas substâncias (certamente incluindo o crack) como fator de segregação e exclusão, impedindo a participação social. Avalia também o estigma que incide sobre o usuário; ao qual não obstante se associam delinquência e criminalidade (Brasil, 2004).

Um levantamento realizado no Rio de Janeiro (região oeste) envolveu a escuta de 100 familiares ou pessoas próximas a usuários de drogas ilícitas. O objetivo foi acessar opiniões acerca das leis e políticas sobre drogas no Brasil, da perspectiva destes agentes sociais (conforme as experiências vividas e observadas). Do total, 79% afirmaram que as leis e políticas não facilitam o tratamento e a

recuperação dos usuários e não respeitam seus direitos humanos (73%). Muito freqüentemente as leis e políticas como estão, segundo os mesmos, aumentam o comportamento criminal (74%) e, na grande maioria dos casos, também não reduzem oportunidades de acesso às substâncias ilícitas (78%). Finalmente, quando indagados acerca dos direitos das pessoas que têm problemas com drogas ilegais, a conduta repressiva da polícia foi apontada em primeiro lugar (78%) como desrespeitosa e, portanto violadora dos direitos dos usuários (Silva e col., 2009).

A hipertrofia da lógica proibicionista repercute, também, em vultuosos investimentos na repressão da oferta em detrimento da redução de demanda, cuja relevância é deixada em segundo plano:

“A ênfase na redução da oferta de drogas, por meio da criminalização tanto do tráfico quanto do uso de drogas ilícitas, conferiu uma importância secundária à redução da demanda promovida mediante as intervenções de prevenção e tratamento aos dependentes químicos” (Alves, 2009:2311).

“Reproduzindo os aspectos contraditórios que marcam o contexto do uso de drogas na atualidade, tanto a sociedade quanto o governo do Brasil tradicionalmente, deram prioridade à repressão na abordagem dessa questão, em detrimento de ações educativas e preventivas abrangentes” (Moraes, 2005:31).

A partir da nova lei de drogas (Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006) iniciou-se um processo ainda bastante incipiente – do ponto de vista legal -de mudança do olhar “penalizante” sobre o consumo; e de adequação das ações de acordo com o estatuto dos envolvidos no

campo da oferta e da demanda. A atual lei “prescreve as medidas para prevenção do uso indevido de drogas, atenção e reinserção social; estabelece normas para a repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências” (BRASIL, 2006).

A Lei confere ao consumo de substâncias ilícitas um endereçamento orientado pela perspectiva da prevenção e atenção em saúde. Mas, permanece a criminalização do usuário, com a diferença de serem estabelecidas penas alternativas (advertência sobre o uso, prestação de serviços à comunidade, freqüência a programas ou cursos educativos), dando lugar ao tratamento criminal de reclusão outrora dispensado, por exemplo, ao porte e consumo de drogas ilícitas. No entanto, a nova lei não “cobre” pequenos delitos (crimes de menor potencial ofensivo) associados à manutenção do ciclo de utilização da substância (como acontece com o crack, por exemplo). Nestes casos, ainda persiste o risco de pena privativa de liberdade.

Para usuários ou dependentes envolvidos em delitos, que têm a droga como fator intercorrente, há a possibilidade (nem sempre disponível) de atuação da Justiça Terapêutica. O programa parte de uma “dupla qualificação” do usuário; alçando-o à categoria de infrator e doente. Por esta aliança de caráter jurídico-médico mantém-se a concepção proibicionista; e a destinação da situação é dada a partir de duas alternativas: a prisão ou o ingresso em

programa de atenção terapêutica. No entanto, o que fica implícito é a necessidade (dever?) de abster-se da droga, pois uma vez considerada parte implicada no binômio “droga-crime”, a não reincidência criminal passaria necessariamente, segundo esta lógica, pela interrupção do consumo da substância. Deste modo, as equipes de atenção já partem de um imperativo legal a atravessar o trabalho de acolhida e acompanhamento, produzindo efeitos que precisam ser melhor refletidos; e emprestando ao tratamento sentidos outros que não o compromisso com práticas que atendam às demandas do indivíduo.

Vale destacar que a nova lei de drogas, aprovada mais recentemente, é posterior ao período do follow-up; e, aparentemente as propostas do programa de Justiça Terapêutica também não contemplaram os participantes do estudo. O que mais se observou - em relação a estes últimos - foram penas restritivas de liberdade (o mesmo ocorrendo entre usuários de crack em Ferreira Filho e col., 2003). Depreendemos, com isso, que as implicações concretas de ações repressivas; tendem a ser objetivadas no aumento dos percentuais de prisão e na longa duração de sentenças; conforme ocorrido com a coorte avaliada (com tempo médio de prisão: de 1 ano e 8 meses).

Se tomarmos especificamente as relações de dependência de crack fica claro a importância de mudanças no tratamento legal da questão. O consumo desta droga traz, como uma dimensão possível,

o trânsito no campo da ilegalidade (furtos, venda de objetos roubados, microtráfico); e, portanto convoca a que se desenvolvam outras modalidades de compreensão e intervenção, no âmbito da segurança pública e da justiça, resultando em menos rigidez e punição para o usuário de crack e mais formas de responsabilizá-lo e engajá-lo em sua história e trajetória. Sem compromisso – à priori - com qualquer imperativo que venha incidir sobre a condução do processo de atenção; ou sobre outras medidas que também possam ser disponibilizadas (não necessariamente um processo de tratamento formal).

4.3. Pequenos delitos como um componente (possível) do consumo de crack.

Conforme observado na literatura e ratificado pelos achados do trabalho apresentado, a prática de delitos (principalmente furtos, roubos e pequeno tráfico) pode ser uma das dimensões observadas no uso de crack. Nestes casos, entretanto, eles são operados em função da necessidade de compra e consumo da droga e não no sentido da acumulação de riquezas. Os delitos são uma estratégia possível para a manutenção do uso de crack mas não a única; podendo ocorrer utilização de recursos financeiros próprios ou da família; venda de pertences pessoais e de pessoas próximas; troca de sexo por droga; venda de latinhas de alumínio; ou simplesmente descontinuação do consumo em função da falta de divisas.

É importante termos em questão o pensamento segundo o qual o usuário da droga apresentaria uma propensão a comportamentos violentos (independentemente do contexto, condições de uso e relações interpessoais) ou que o crack “em si” (por seus efeitos farmacológicos) seria uma fonte produtora de atos criminosos.

Podemos falar de determinadas circunstâncias e modos de consumo que tendem a requerer episódios repetitivos de uso. Quando os recursos financeiros se esgotam viabiliza-se uma situação favorável (em vista da urgência pela droga) para o engajamento em ações fora do âmbito legal, que possam financiar a continuidade da utilização de crack.

Uma destas ações consiste na realização da atividade de tráfico em escala bastante reduzida, isto é, o micro tráfico empreendido pelo próprio usuário de crack (crianças, adolescentes, mulheres e homens); que passa a acumular uma dupla função, de consumo e venda (Mingardi, 2010; Ribeiro & Araújo, 2006).

Em virtude do efeito da substância ser de curtíssimo prazo e da necessidade de grandes quantidades de “pedras” para uso, há constante movimentação (“correria”) destes usuários - pequenos traficantes, no sentido da comercialização e obtenção da droga; o que os coloca em situação de exposição e risco de coerção policial, extorsão e/ou prisão (Silva, 2000). Esta “linha de frente” da venda, não é composta por poderosos cartéis ou grandes traficantes; mas, ainda assim, sobre ela incide as ações repressivas; quando, na

verdade (e em consonância à Política Nacional de Drogas), tais ações estariam reservadas ao nível macro do tráfico.

Retomando as premissas que aproximam o consumo de crack a comportamentos violentos e atribuem à substância (“por si”) a produção de atos criminosos; encontramos em publicações brasileiras dos anos 20 algumas das suas condições de possibilidade.

Morais, (2005) aborda a contribuição de peso de dois autores da época (1924) – Pernambuco Filho e Adauto Botelho – na abordagem relativa aos “vícios”, ao comércio das drogas (principalmente as de cunho ilegal) e ao “toxicômano”. Embalados pela corrente proibicionista internacional, os autores (einentes professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro) apresentam suas intenções:

“Assim, é nosso intuito, não só fazermos um estudo das alterações e sintomas que produzem os tóxicos nos infelizes, que por uma contingência qualquer se entregaram ao uso e abuso, como também e principalmente, contribuirmos com o nosso contingente em prol da campanha bemfazeja que ora se vem movendo em todo o mundo [...] contra a expansão dos vícios e contra os perversos que a troco de boa paga, se encarregam de espalhar a miséria, a degradação, entre as vítimas de tais drogas” (Pernambuco e Botelho, 1924:14).

Morais, (2005) aponta as características deletérias atribuídas por Botelho e Pernambuco às classes das drogas:

“Haveria três tipos de tóxicos: *os excitantes que conduzem a atos perigosos*; os estupafecientes, que trazem a inércia e não produzem noções propriamente criminais; e as intoxicações múltiplas, nas quais deve predominar o tóxico mais forte” (Pernambuco e Botelho *op.cit. apud* Moraes, 2005:183).

De acordo com os autores em questão, os toxicômanos são tidos como “mentirosos inteligentes”, “degradados morais” e indivíduos com “evidentes alterações de caráter”. Embasados nestas concepções vislumbram e reforçam o encaminhamento da questão a partir de uma severa legislação jurídico-criminal:

“Para boa profilaxia das toxicomanias, torna-se imprescindível o auxílio de leis coercitivas e vigorosas que evitem, de um lado, o derrame comércio-industrial das substâncias perigosas e de outro que assegurem a fiscalização e a punição dos viciados, já por si perigosos ao meio e à sociedade, pelos atos delituosos que possam praticar, já pela faina vangloriada de contaminar os outros” (Pernambuco e Botelho, 1924:122).

O decreto n.4294, de 1921, reforça o enfrentamento do problema – por excelência – a partir de práticas punitivas e corretivas; estabelecendo sanções ao usuário, que se traduziam em multa e/ou detenção em estabelecimento “correcional” (“internandos” judiciários), variando de 3 meses a 1 ano (Moraes, 2005). Foi também nos anos 20 que a toxicomania tornou-se disciplina no curso da Escola de Polícia (Adiala, 1986).

De acordo com Rodrigues (1934), a partir da legislação de 1938 forneceram-se os meios para o fortalecimento do Estado como

agente de regulamentação das substâncias que deveriam ser consumidas, assim como suas finalidades (médicas ou não médicas). Qualquer tipo de uso (não autorizado clinicamente) era classificado como toxicomania e, caso “detectado”, deveria ser informado às autoridades sanitárias e polícias; tendo-se como resultante; ingresso em tratamento ou prisão.

4.4. As práticas de atenção.

(...) A idéia de que poderíamos ter de criar peça por peça, para um objeto novo, um novo conceito, talvez um novo método de pensar, repugna-nos profundamente. A história da filosofia está aí, no entanto, a nos mostrar o eterno conflito dos sistemas, a impossibilidade de fazer com que o real entre definitivamente nessas vestes de confecção que são nossos conceitos já prontos, a necessidade de trabalhar sob medida”.

(Bergson, 2005. A evolução criadora: p.52).

Interessante notar que o desenho de estudo desenvolvido (longitudinal) permitiu que se avaliasse o nível de “alcance” de restritos episódios de internação, com duração média de 3 meses, em relação a um período de 12 anos. Eles figuraram como pequenos “pontos” ao longo de uma extensa linha do tempo, deixando grandes porções e intervalos não recobertos.

A busca majoritária por unidades de internação, entre os participantes do estudo, tende a refletir a escassez de serviços comunitários, nos anos de vigência do “follow-up”. Soma-se a isso uma concepção corrente que privilegia o regime intensivo fechado

como estratégia mais apropriada de atenção, em detrimento de outras modalidades; especialmente quando se trata de quadros de consumo e/ou dependência de crack. As internações parecem figurar como a “legítima terapêutica” e não um dos recursos possíveis – dentre um leque de possibilidades – que pode vir a ser acionado em momento específico; em função de certos combinados e contingências; e fruto de uma ponderação coletiva envolvendo os implicados no processo. Ou seja, internação não é pra toda hora e nem em qualquer circunstância em que o consumo de crack (mesmo que intensificado) se faça presente.

Entretanto, o dispositivo pode parecer bastante atraente, em função da promessa de distanciamento em relação à droga, gerando não só alívio (reverso do medo), como também um sentimento de “segurança” pela interrupção do ciclo de uso. Além disso, o regime fechado, por sua própria organização, viabiliza (ainda que temporariamente) o que certos discursos estabelecem como o que a atenção especializada deve prover: o afastamento do crack², a rápida inserção na norma³ e, porque não, o retorno a uma espécie “de

² É possível questionarmos se a tendência a não freqüência a tratamento (incluindo outras modalidades que não a internação), entre os participantes do estudo que estavam abstinentes do crack, não teria estreita relação com a lógica apresentada. Ora, se tratamento é igual a deixar o consumo; logo, se não se faz mais uso da droga não há porque freqüentar ou permanecer em tratamento.

³ Sobre esta questão consultar o excelente trabalho de Douglas Casarotto de Oliveira, 2009.

sociabilidade compulsória e compulsiva” (Patto, 2000). Critérios bastante valorizados pelos (frágeis) ideais curativos; que tendem a aplicar a lógica imediatista do resultado, à complexidade dos processos humanos (“coisificando-os”).

É muito possível ainda, que a valorização da terapêutica da internação derive do modelo histórico de assistência, instituído para acolher dependentes químicos brasileiros, em décadas anteriores; cujo caráter era de cunho hospitalocêntrico.

Os primeiros serviços extra-hospitalares, especializados no atendimento aos usuários de drogas ilícitas começaram a ser criados somente na segunda metade dos anos 80, ainda de forma pontual e portanto muito distante de efetivamente apresentarem-se como recurso alternativo à internação (Conte, 2003).

A expansão das Comunidades Terapêuticas (instituições fechadas) nos anos 90 está proximamente atrelada à lacuna assistencial do setor público de saúde, tanto em termos numéricos quanto em relação a proposições que congregassem programas intensivos e comunitários. O que certamente limitou em muito a possibilidade de escolha por parte do usuário.

Foi apenas a partir do ano 2000 que as atenções no âmbito político-institucional se voltaram para a necessidade de desenvolvimento e investimentos em recursos múltiplos e diferenciados, segundo modelo Psicossocial, sustentado por uma rede integrada e articulada:

“Situada no contexto da Reforma Psiquiátrica, a Atenção Psicossocial tem como proposta compreender a determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença-saúde. Consideram os conflitos e contradições constitutivas dos sujeitos e intervêm na organização das relações intra-institucionais, horizontalizando as ações e valorizando a equipe multidisciplinar. Trabalha para a desconstrução da idéia de instituição como clausura, permitindo uma relação exterior. Tem também como princípio a execução de ações éticas e terapêuticas, baseadas na recuperação dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social” (Costa-Rosa *op.cit. apud* Moraes, 2005:50).

Pelo mais recente modelo de atenção o que ganha relevo é a figura do cidadão portador de direitos, incluindo o direito à saúde. Contudo, tanto no discurso quanto nas práticas algumas contradições permanecem, dentre elas a manutenção da concepção do usuário como doente (modelo médico); e no campo jurídico, a sua criminalização.

Quanto aos serviços que passam a integrar oficialmente a rede de atenção, contamos com: “unidades básicas de saúde, ambulatórios, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS ad), comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas” (Alves, 2009:2316).

Embora a rede tenha sido concebida para abarcar níveis de atenção e dispositivos com diferentes graus de complexidade, os Caps ad são preconizados como referência para as principais

articulações e intervenções. No entanto, não se desconsidera a necessidade de trânsito facilitado e parcerias dos Caps ad com outras equipes, serviços e Secretarias governamentais (de acordo com o tipo de necessidade, de cuidados e segundo as várias dimensões que o consumo abusivo comporta):

“Segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003), os CAPSad devem oferecer um projeto terapêutico individualizado, que contemple as necessidades específicas de cada um, sem perder a visão da comunidade. Devem propiciar ainda a atenção ambulatorial diária que contemple desde o atendimento individual, seja medicamentoso, psicoterápico ou de orientação, até os atendimentos em grupo, tais como as oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Este deve manter-se como o ordenador e regulador da atenção, mesmo considerando a atenção básica como uma porta de entrada necessária e importante para o sistema de saúde mental” (Rameh de Albuquerque, 2008:34).

“Ainda segundo o Ministério da Saúde, a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas necessita de uma rede que articule os CAPSad e os leitos para internação em hospitais gerais, principalmente para desintoxicação. Estes serviços devem trabalhar com a lógica da redução de danos como eixo central do atendimento aos usuários/dependentes de álcool e outras drogas” (Rameh de Albuquerque, 2008:34).

O dia a dia das equipes e usuários dos serviços traz à discussão uma série de obstáculos e dificuldades, incluindo a falta de vagas para internação (quando necessário), barreiras de acesso aos programas disponíveis, ausência de moradias assistidas e outros dispositivos institucionais neste patamar de atenção (e em outros de

menor nível de intensidade e de cuidados). Verifica-se também precário investimento nas equipes profissionais (ausência de supervisão; de oportunidades de reflexão crítica sobre o trabalho, baixa remuneração) e despreparo da atenção básica – porta de entrada -em absorver e encaminhar adequadamente as demandas. Os esforços se concentram em demasia na capacidade de acolhida dos Caps ad, que se transformam em “pau pra toda obra”, sofrendo grande sobrecarga.

É importante considerar que a questão não reside em interrogar a adequação do Caps enquanto modelo de atenção, mas reiterar a necessidade de dispositivos complementares a ele, segundo uma concreta perspectiva de rede. Isso incluiria esforços de desenvolvimento de iniciativas de aproximação (“outreach”) visando àqueles que não têm acesso à rede especializada; passando pela “costura” de parcerias com pontos de cultura, centros de convivência, de esportes e programas de geração de renda.

Com o progressivo reconhecimento do consumo abusivo de crack como um problema de relevância social, mais uma vez a discussão a respeito da insuficiência da rede de atenção ganhou força, assim como a necessidade de maior diálogo e trocas de experiências entre os implicados no campo em questão; sobretudo para o reconhecimento das iniciativas que vêm dando certo.

Um importante aspecto que demandará futuras investigações diz respeito aos *processos de tratamento*, segundo experiências, perspectivas e aprendizados dos próprios usuários de crack.

Os achados dos estudos biomédicos (mais numerosos) já demonstram uma preocupação em expandir a compreensão do tema mas, esbarram em concepções e metodologias que pouco avançam no aprofundamento da discussão (a despeito de elementos bastante relevantes). Além disso, dentro de um amplo universo de pesquisas relativas ao consumo de crack, apenas uma pequena parcela delas se destina a investigar repercussões e indicadores (geralmente de curto prazo) relativos a experiências de atenção:

Gossop e col., (2003) realizaram um abrangente follow-up (4-5anos) reunindo egressos (n=418) de 54 agências de tratamento situadas em diferentes localidades da Inglaterra. A amostra reunia usuários de opióides, álcool, benzodiazepínicos não prescritos, cocaína aspirada e crack. Especificamente em relação ao crack, observou-se redução nos níveis de consumo durante o primeiro ano de follow-up, acompanhada de subsequente tendência de retomada da utilização da droga nos anos seguintes. Os autores citam a variável abstinência como medida predominante quando se trata de aferir resultado de tratamento; porém além dela, recorrem a um segundo critério de avaliação: redução na *freqüência* de consumo de crack. A utilização da droga em questão é apontada como fenômeno de grande complexidade, requerendo sucessivas avaliações em longo

prazo, no propósito de melhor elucidar os desdobramentos dos processos de mudança.

Em um estudo de follow-up de 3 anos envolvendo usuários de crack (n=430), a influência de um conjunto de fatores sobre a procura por dispositivos de tratamento foi investigada. Ao final do processo, 37.7% da amostra relataram terem ingressado em algum tipo de programa disponível. Os fatores correlacionados à entrada em tratamento foram: ser menor idade (mais jovens); percepção da necessidade de estar em tratamento e da gravidade de envolvimento com problemas legais; histórico anterior de passagem por serviços de assistência especializados. Os pesquisadores discutem o elevado percentual de participantes que nunca freqüentaram unidades de atenção; sugerindo futuras investigações que explorassem os sentidos desta não procura e propusessem estratégias de aproximação. Salientam, ainda, a relevância do histórico anterior de tratamento no sentido de predispor episódios futuros (Siegal e col., 2002).

Cem usuários de crack londrinos, oriundos de um centro de intervenção de crise foram acompanhados ao longo de 18 meses. As variáveis identificadas como "preditivas" de abstinência/breves lapsos foram: ter concluído programa de reabilitação; ter sido avaliado no estágio motivacional de "ação" (utilizando-se de estratégias de prevenção de recaída); ter buscado tratamento em períodos iniciais da carreira de consumo; e, ter frequentado grupos de auto-ajuda.

Por outro lado, os fatores considerados “preditivos” de uso de crack (ao longo dos 18 meses) consistiram em: menores níveis de contato com serviços de assistência e menores taxas de adesão. Os autores discutem a insatisfação da maioria da coorte com as estratégias de atenção relacionadas ao uso de crack e a falta de profissionais capacitados a lidar com a problemática. Sugerem também que as medidas de prevenção de recaída, sejam construídas com base em experiências individuais ao invés de apoiarem-se em condutas padronizadas (Harocopos e col., 2003).

Siegal & Rapp (2002), avaliaram 229 veteranos usuários de cocaína ou crack (substância mais problemática), ao longo de 18 meses. Três grupos de consumo/abstinência foram identificados, sendo que indivíduos que atingiram padrões continuados de abstenção apresentaram estável situação empregatícia; freqüência a grupos de auto-ajuda e a acompanhamentos pós-tratamento (“after care”). Os autores ressaltam a complexidade dos processos de recuperação envolvendo o consumo de crack e sugerem estudos que se voltem para a organização e planejamento das práticas de tratamento.

Estudo conduzido na cidade de Amsterdã acompanhou durante 6 anos uma nova geração de usuários de crack (n=187), de aproximadamente 30 anos ou menos. Verificou-se alta probabilidade de exposição ao crack ao longo dos anos, tornando-se em muitos casos, droga de primeira escolha. Os autores recomendam que os

gestores em saúde se preocupem em disponibilizar recursos e parcerias que venham atender às necessidades básicas dos usuários da droga, dentre elas: melhores condições de moradia e de renda, pronto acesso aos serviços de assistência e programas voltados à estruturação de atividades cotidianas. Por fim, é ressaltada a relevância de continuidade dos processos de tratamento especializados, levando-se em conta a grande alternância entre períodos de aquisição de padrões de abstinência ou de “espaçamento” dos episódios de uso e fases de retomada do consumo de crack (Buster e col., 2009).

Em uma avaliação de intervenção pré-tratamento, 443 usuários de crack foram divididos em 2 grupos (intervenção e controle) e acompanhados durante 6 meses. Ao final do follow-up embora o resultado da intervenção mensurada não tenha se mostrado estatisticamente significativo, ela foi considerada relevante para o estímulo da motivação à busca por tratamento entre uma parcela dos participantes. Os autores discutem a influência de barreiras estruturais prejudicando os efeitos e a abrangência da proposta: 68% da amostra estavam desempregados; 79% não dispunham de plano de saúde; 75% alegaram que necessitariam de ajuda para arcar com as despesas de tratamento e 70% precisariam de auxílio financeiro para transporte. O cuidado no sentido da remoção de barreiras econômicas com vistas a favorecer a adesão aos programas é discutido (Wechsberg e col., 2007).

Hser e col. (2006), acompanharam por 12 anos usuários de cocaína e crack, com histórico de experiências de tratamento. Entre 266 entrevistados, mais da metade (51.9%) conquistaram padrões de abstinência estáveis por mais de 5 anos. Apenas raça branca e auto-eficácia (crença na capacidade de enfrentar situações de dificuldade e risco sem recorrer ao consumo da droga) foram identificadas como correlacionadas à recuperação em longo termo.

Já Falck e col. (2007), conduziram um follow-up de 08 anos de usuários da droga (n=430) para avaliar padrões de consumo de longo prazo. Ao final, aproximadamente 63.6% da amostra continuaram utilizando crack. Os autores observam que, mesmo consumindo a droga, grande parte dos integrantes do estudo freqüentou unidades de tratamento antes e durante o período de follow-up. Eles discutem este "dado" a partir da hipótese de tentativa fracassada de interromper o consumo, atribuída a pouca efetividade dos programas de tratamento voltados ao consumo desta droga.

Os estudos reportados anteriormente ressaltam a complexidade dos processos de mudança correlatos ao consumo intensificado de crack, implicando, por vezes, em continuidade do uso ao longo de vários anos; ou oscilações entre consumo regular e menor freqüência/abstinência (tendências também verificadas no trabalho aqui apresentado). Eles destacam ainda a influência das sucessivas experiências de tratamento, tanto na alteração dos padrões de

consumo, quanto na propensão à busca e adesão a episódios futuros; além da necessidade de continuidade da atenção, pressupondo melhoria da qualidade dos programas disponíveis (grande desafio).

Nessas investigações, entretanto, os processos de assistência especializada são deficientemente descritos e quase invariavelmente apresentados como se fossem “procedimentos padronizados”, independentemente do contexto, clientela, equipes de profissionais e concepções acerca do trabalho e das intervenções.

Poderíamos nos perguntar se, nos levantamentos que investigam os efeitos de programas de acolhida e atenção (incluindo o presente trabalho), não estaríamos desconsiderando o principal; qual seja a importância de melhor apresentarmos e discutirmos as estratégias de cuidado, suas premissas, as relações entre os profissionais, os vínculos estabelecidos com os usuários, os impasses e avanços obtidos. Seria relevante também nos indagarmos sobre as implicações do critério de interrupção do consumo (índice de “resultado de tratamento”) figurar como parâmetro central, nos processos de atenção especializados. Quais elementos e conquistas podem também conferir legitimidade às estas experiências, para além da questão da abstinência? Do ponto de vista dos usuários, quais os aprendizados construídos nesses processos? Por que não partirmos de suas próprias preocupações em saúde e percepções de risco? Será que a busca precoce pelo “desligamento da droga” não figuraria como um fator de seletividade?

De todo modo, em face do exposto, já é possível questionarmos as propostas de assistência de alta exigência, que preconizam a adoção de padrões de abstinência como linha-mestra ou meta principal do percurso de tratamento. Os acompanhamentos reunindo usuários de crack destacam a sutileza dos processos de mudança e de sucessiva autonomia em relação à droga; indicando que os mesmos não se realizam a “toque de caixa”, e nem “por decreto”. Abordam também diferentes formas de descontinuação ou continuidade do consumo, ao longo do tempo. Em consonância com esta diversidade, até mesmo algumas “medidas de resultado” consideram outros indicadores de alteração da relação com o crack que não a interrupção total: como por exemplo redução da frequência de consumo (Siegal e col., 2002; Gossop e col., 2002; Hubbard e col., 2003; Simpson e col., 2002). Por fim, verificamos que usuários que não se abstêm completamente do uso de crack, ainda assim, procuram atendimento especializado. Neste caso, estamos falando de outras motivações e sentidos para a busca, os quais não se restringem somente à dicotomia uso/não uso.

4.5.Cidadania e abandono social.

Não é incomum observarmos, em determinados debates públicos, posicionamentos que situam a droga – crack (e seus efeitos psicoativos) como uma espécie de agente responsável pelas mais

variadas formas de disparidades sociais; tal qual um vilão dos tempos atuais. Entretanto, não nos parece que este seja um caminho possível e coerente para pensar a droga. Percorrendo outra direção, mas sem pretender esgotar o entendimento do tema, nos enveredamos por um recorte, um fragmento de reflexão.

Droga considerada "suja", "impura", por não ter sido submetida ao processo de refino; o crack personifica, melhor dizendo, encarna o que é da ordem do "resto", do rebotalho. Aqueles que conhecem a droga sabem que sua parte mais apreciada é justamente a "sobra", a borra que permanece ao final do processo de aquecimento. Crack e descarte - usuário e exclusão; não há como não aproximá-los.

Curiosamente, no entanto, é como se de algum modo, a visibilidade do consumo desta droga arrebanhasse consigo a materialidade e concretude de outros fenômenos. Fenômenos que tradicionalmente convinham ser ocultados e empurrados para debaixo do "tapete social". "O crack", ao tornar-se tão escancaradamente público (consumo a céu aberto nos cenários das "cracolândias"), "se faz ver" e, é por intermédio de sua presença que os outros refugos; isto é, os descartes da cidade e da comunidade se anunciam-denunciam-evidenciam: falamos dos modos de vida pauperizados; do circuito das ruas como morada; dos laços continuamente interrompidos; do cotidiano esvaziado pela estrita subsistência; da inacessibilidade dos espaços coletivos (clubes, parques, bibliotecas, centros desportivos).

Afora a diversidade de articulações possíveis, a produção de um estado de onipotência, pela ação do crack, pode efetuar-se como poderosa carapaça ou couraça protetora; fazendo frente e barragem contra o desamparo e a inconsistência das formas atuais de laço e pertença social.

Como diria Patto (2000): “enquanto realizam como podem um desejo de poder” (estratégia de luta e resistência?), ao mesmo tempo, “denunciam o mundo que os degrada”.

4.6.Limitações do método.

No percurso empreendido, como pesquisadora e como psicóloga clínica, fui me perguntando acerca das questões que geraram inquietação ao longo do desenvolvimento e consecução do trabalho.

Uma delas foi a dificuldade relativa à linguagem adotada nas publicações disponíveis, da literatura biomédica; à qual deveria me ater na consecução dos artigos do estudo. A política de frases curtas e condensadas e o emprego de idéias que pareciam se limitar ao que usualmente se convencionou estabelecer como questões pertinentes ao tema; colocaram-me a pensar na quase obrigatoriedade de adequação a um quadro previamente formatado.

Outra questão relevante foi me dar conta de que partia de um objeto já “configurado” e estabelecido enquanto tal; próprio ao

método quantitativo de cunho positivista. Deste modo, partia de concepções já “definidas” para o fenômeno; deixando “intocado” seu processo de construção social.

Bourdieu (2010), em *Introdução a uma Sociologia Reflexiva*, refere-se à suposta neutralidade sugerida pela tradição positivista:

(...) “Não construir, como faz o hiperempirismo positivista, que aceita sem crítica os conceitos que lhe são propostos (...) é ainda construir, porque é registrar – e confirmar – o já construído” (pg.35).

Problematizar o objeto suporia pôr em questão também as categorias de avaliação usualmente empregadas no seu processo de investigação; de modo a percorrer o terreno a partir do qual elas foram ganhando o estatuto de “evidência”:

“Tudo aquilo que se apresenta como evidente, que tem a pretensão de se revelar por si mesmo, anula, de alguma forma a condição de leitura do sujeito, já que o coloca como um mero receptor. A evidência tenta nos situar em uma posição de passividade, pois os objetos nos chegam de forma cristalina, prescindindo do sujeito e de sua interpretação. Tudo que se apresenta de forma evidente dispensa o sujeito de qualquer esforço maior de linguagem e transmissão uma vez que propõe a idéia de um acesso direto ao objeto (como se fosse possível!)” (Sousa, 2009:169).

Sem um criterioso processo de explicitação das relações de força, dos sentidos produzidos para o crack e um trabalho de ampliação das potencialidades deste campo; os resultados das

investigações tendem a ganhar certa previsibilidade não fugindo de um horizonte – limitado – de referência.

Benevides & Passos (2005) referem-se à constituição do que chamam de “conceito-sintoma”, sendo este a noção que paralisa e reproduz um sentido já dado; homogeneizando, em decorrência, ações e modos de funcionar, que passam a ser tratados como receita única para lidar com o fenômeno.

Abster-se de colocar em questão o terreno ideológico a partir do qual o tema “crack” se constituiu é negar sua historicidade, tomando-o como “fato natural”. É deixar-se levar pelas versões oficiais que “disputam a retórica” desta droga; procurando estabelecerem-se como autoridades mais competentes neste campo:

(...) “Deixar em estado impensado o seu próprio pensamento é, para um sociólogo mais ainda que para qualquer outro pensador, ficar condenado a ser apenas *instrumento* daquilo que ele quer pensar”.

“Para se não ser objecto dos problemas que se tomam para objecto, é preciso fazer a história social da *emergência* desses problemas, da sua constituição progressiva, quer dizer, do trabalho colectivo – frequentemente realizado na concorrência e na luta – o qual foi necessário para dar a conhecer e fazer reconhecer estes problemas como *problemas legítimos*, confessáveis, publicáveis, públicos, oficiais: podemos pensar nos problemas da família, do divórcio, da delinquência, da droga, do trabalho feminino, etc” (Bourdieu, 2010:37).

5. Comentário Final

O presente trabalho retratou aspectos da trajetória de vida e de consumo de indivíduos, dependentes de crack, internados para tratamento e avaliados 12 anos após a alta. Trata-se de uma iniciativa inaugural e ponto de partida para novas investigações e aprofundamentos.

Apresentou-se o contexto de entrada da droga na cidade de São Paulo, com destaque para a violência referente à condição de acesso ao crack (exposição às duras leis do tráfico e à repressão policial); culminando em altas taxas de mortalidade, especialmente quando comparada à população geral.

Na passagem dos anos houve grande mobilidade em relação aos principais desfechos avaliados: abstinência de crack, consumo regular, prisões e desaparecimentos. Diferentemente do que se observa na literatura internacional, no presente estudo, padrões de abstinência só se tornaram prevalentes a partir de 05 anos pós-alta; conservando sua prevalência, também em 12 anos. Somando-se a isso, foram identificadas duas tendências importantes: trajetórias de abstinência prolongada e longevidade do consumo de crack (de forma contínua ou intercalando períodos de consumo e de abstenção).

Em virtude da ocorrência aumentada de episódios de prisão foi possível questionarmos a tradição de cunho repressiva dirigida aos usuários de drogas ilícitas, e por conseguinte, aos de crack.

Com relação às experiências de tratamento (breves e descontinuadas), a adesão majoritária a programas de internação refletiu a ausência de serviços extra-hospitalares quando da vigência do follow-up; e pode estar associada a uma visão compartilhada e reproduzida socialmente de que tratamento para crack é praticamente sinônimo de internação.

Interrogamos as propostas de atenção de alta exigência que privilegiam a abstinência e desconsideram a sutileza dos processos de mudança; e propomos a ampliação dos espaços de diálogo e discussão acerca das experiências que vêm dando certo; assim como a necessidade de escuta do usuário de crack, nos processos de planejamento e organização de estratégias de acolhida e cuidado.

6. Referências

Addiction Research Foundation (1993). Directory of Client Outcome Measures for Addictions Treatment Programs; Canada: ARF.

Adiala J (1986). A criminalização dos entorpecentes; Rio de Janeiro: Fundação Casa de Rui Barbosa, Papéis Avulsos I.

Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cadernos de Saúde Pública; 25(11): 2309-2319.

Azevedo RCS, Botega NJ, Guimarães LAM (2007). Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. Revista Brasileira de Psiquiatria; 29(1): 26-30.

Barrio G, De La Fuente L, Royuela L, Díaz A, Artalejo FR (1998). Cocaine use among heroin users in Spain: the difusión of crack and cocaine smoking. Journal of Epidemiology & Community health; 52: 172-189.

Benevides R, Passos E (2005). Humanização na Saúde: um novo modismo? Interface; 9(17): 389-406.

Birman J (2006). Arquivos do mal-estar e da resistência; Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Bourdieu P. Introdução a uma sociologia reflexiva. In: O poder simbólico (2010). 13 ed. Rio de Janeiro; Bertrand Brasil: pg. 17-58.

Brasil. Ministério da Saúde (2004). Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas (2ª. Ed.); Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Casa Civil da Presidência da República (2006). Nova Lei sobre Drogas; Brasília: Casa Civil: Subchefia para Assuntos Jurídicos.

Brunt TM, Rigter S, Hoek J, Vogels N, van Dijk P, Niesink RJM (2009). An analysis of cocaine powder in the Netherlands: content and health hazards due to adulterants. *Addiction*; 104: 798-805.

Buster MCA, Witteveen E, Prins M, van Ameijden EJC, Schippers G, Krol A (2009). Transitions in drug use in a new generation of problem drug users in Amsterdam: a 6-year-follow-up study. *European Addiction Research*; 15: 179-187.

Buxton J (2003). Vancouver Drug Use Epidemiology. Vancouver: Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use.

Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Nappo SA (2002). I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001; São Paulo: SENAD/CEBRID.

Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS, Moura YG, Sanchez ZVDM (2007). II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005; São Paulo: Páginas & Letras. v 01. 472 p.

Carvalho HB, Seibel SD (2009). Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics*; 64(9): 857-866.

Chesnais JC (1999). A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*; 4(1): 53-69.

Conte M (2003). A Clínica Psicanalítica com Toxicômanos: o "corte & costura" no enquadre institucional; Santa Cruz do Sul: EDUNISC.

Conte M, Henn RC, Oliveira CS, Wolff MP (2008). "Passes" e Impasses: adolescência – drogas – lei. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*; 11(4): 602-15.

Corkery JM, Airs J (2003). Seizures of drugs in the UK 2001. Findings 2002; London: Home Office.

Cornish JW, O' Brien CP (1996). Crack cocaine abuse: an epidemic with many public health consequences. *Annual Review of Public Health*; 17: 259-73.

Costa – Rosa A et al. (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarane P (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*; Rio de Janeiro: Nau Editora. P. 13-44.

Cotrim BC (1999). A prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas. In: Sudbrack MFO (Org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*; Brasília: CEAD/UNB – SENAD. P.58-67.

Dakis CA, O'Brien CP (2001). Cocaine dependence: a disease of the brain's reward centers. *Journal of Substance Abuse Treatment*; 21: 111-117.

Darke S, Kaye S, Topp L (2002). Cocaine use in New South Wales, Australia, 1996-2000: 5 year monitoring of trends in price, purity, availability and use from the illicit drug reporting system. *Drug and Alcohol Dependence*; 67: 81-88.

Debord G (2003). *A sociedade do espetáculo*: eBooksBrasil.com

Domanico A (2006). *Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias! Estudo para implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil*; Tese de Doutorado: Universidade Federal da Bahia.

Donmall M, Seivewright N, Douglas J, Draycott T, Millar T (1995). *National Cocaine Treatment Study: the effectiveness of treatments offered to crack/coaine users: Report to the Department of Health's Task Force to Review Services for Drug Misusers*; Manchester: UK.

Dunn J, Laranjeira R, Silveira DX, Formigoni MLOS, Ferri CP (1996). Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Substance Use & Misuse*; 31: 519-27.

Dunn J, Ferri CP (1998). The price of crack in São Paulo, Brazil. *Addiction*; 93(2): 287-288.

Dunn J, Laranjeira RR (1999). Transitions in the route of cocaine administration-characteristics, direction and associated variables. *Addiction*; 94(6): 813-824.

Edwards G. O tratamento do alcoolismo (1995). São Paulo; Martins Fontes.

Escohotado A. Historia de las drogas (1995). Madrid; Alianza Editorial.

Falck RS, Wang J, Carlson RG (2007). Crack cocaine trajectories among users in a Midwestern American city. *Addiction*; 102: 1421-31.

Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A (2003). Perfil sócio-demográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*; 37(6): 751-9.

Ferri CP, Laranjeira RR, DA Silveira DX, Dunn J, Formigoni MLOS (1997). Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo, nos anos de 1990 a 1993. *Revista da Associação Médica Brasileira*; 43 (1): 25-8.

Ferri CP, Gossop M (1999). Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a brazilian sample. *Addictive Behaviors*; 24(6): 815-821.

Fischer B, Rehm J, Patra J, Kalousek K, Haydon E, Tyndall M, El-Guebaly N (2006). Crack across Canadá: comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. *Addiction*; 101: 1760-70.

Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH (2002). *Epidemiologia Clínica: elementos essenciais*; Porto Alegre: Artmed.

Fryer RG, Heaton PS, Levitt SD, Murphy KM (2005). Measuring the impact of crack cocaine. National Bureau of Economic Research; 11318.

Gossop M, Griffiths P, Powis B, Strang J (1994). Cocaine: patterns of use, route of administration and severity of dependence. British Journal of Addiction; 164: 660-664.

Gossop M, Marsden J, Stewart D, Kidd T (2003). The national treatment outcome research study (NTORS): 4-5 year follow-up results. Addiction; 98: 291-303.

Green A, Day S, Ward H (2000). Crack cocaine and prostitution in London in the 1990's. Sociology of Health & Illness; 22: 27-39.

Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araujo RB (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul; 30 (2): 101-108.

Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R (2006). Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: do they represent a different group? BMC Public Health; 6: 1-7.

Haasen C, Krausz M (2001). Myths versus evidence with respect to cocaine and crack: learning from the US experience. European Addiction Research; 7; 159-160.

Haasen C, Prinzleve M, Zurhold H, Rehm J, Guttinger F, Fischer G e col. (2004). Cocaine use in Europe - a multi-centre study:

methodology and prevalence estimates. *European Addiction Research*; 10: 139-146.

Haasen C, Prinzleve M, Gossop M, Fischer G, Casas M et al, (2005). Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. *World Psychiatry*; 4(3): 173-6.

Harzke AJ, Williams ML, Bowen AM (2009). Binge use of crack cocaine and sexual risk behaviors among African-American, HIV positive users. *AIDS and Behavior*; 13: 1106-1118.

Harocopos A, Dennis D, Turnbull PJ, Parsons J, Hough M (2003). On the rocks: a follow-up study of crack users in London. National treatment agency for substance misuse: London.

Hope VD, Hickman M, Tilling K (2005). Capturing crack cocaine use: estimating the prevalence of crack cocaine use in London using capture-recapture with covariates. *Addiction*; 100: 1701-1708.

Hser YI, Stark ME, Paredes A, Huang D, Anglin MD, Rawson R (2006). A 12-year follow-up of a treated cocaine-dependent sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*; 30: 219-226.

Hubbard RL, Craddock SG, Anderson J. Overview of 5-year followup outcomes in the drug abuse treatment outcome studies. *Journal of Substance Abuse Treatment*; 25: 125-134.

Inchaurreaga S (2003). Drug use, Harm reduction, and Health Policies in Argentina: obstacles and new perspectives. *Clinical Infectious Diseases*; 37: 366-70.

Inciardi JA (1993). Crack cocaine in the Americas. In: Monteiro MG; Inciardi JA. Brazil – United States Binational Research; São Paulo: Cebrid.

Ingold FR, Toussirt M (1994). The consumption of crack in Paris in 1993. Epidemiological and ethnographic data. *Annales Médico-psychologiques*; 152: 400-6.

Jungerman FS & Zanelatto NA (2007). Tratamento psicológico do usuário de maconha e seus familiares; São Paulo: Editora Roca.

Kehl, MR (2002). Sobre Ética e Psicanálise; São Paulo: Companhia das Letras.

Lescher AD (1998). Drogas etc. In: Aquino JG (Org.). Drogas na escola: alternativas teóricas e práticas; São Paulo: Summus.

Malta M, Monteiro S, Lima RMJ, Bauken S, Marco A, Zuim GC et al. (2008). HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*; 42(5): 830-7.

Melman C (2000). Alcoolismo, Delinquência e Toxicomania: uma outra forma de gozar; São Paulo: Editora Escuta 2ed.

Mingardi G (2010). A trajetória vertiginosa do crack. *Scientific American Brasil*; 38: 36-43.

Moraes MM (2005). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais; Dissertação de Mestrado: Fundação Oswaldo Cruz.

Moraes MM (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*; 13(1): 121-33.

Morais PCC (2005). *Drogas e Políticas Públicas*; Tese de Doutorado em Sociologia e Política: UFMG.

Mossiman A (2000). O tratamento do uso indevido de drogas. In: Sudbrack, MFO (org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*; Brasília: CEAB/UNB/SENAD.

Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR (1994). Uso do crack em São Paulo: fenômeno emergente? *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria -APAL*; 16: 75-83

Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR (1996). Crack use in São Paulo. *Substance Use & Misuse*; 31: 565-79.

Nappo SA, Sanchez ZVDM, Oliveira LG, Santos SA, Coradete Junior J, Pacca JCB, Lacks V (2004). Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS; São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).

Nappo AS, Oliveira LG, Sanchez ZVM, Moura IG (2010). O crack em São Paulo, 20 anos depois. *Scientific American Brasil*; 38: 32-35.

National Survey on Drug Use & Health (2008). United States Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

National Institute on Drug Abuse (1993). Diagnostic Source Book on Drug Abuse Research and Treatment; Rockville.

National Institute on Drug Abuse (2009). Cocaine: Abuse and Addiction. U.S. Department of Health and Human Services: 1-8.

Noto AR, Galduróz JC, Nappo SA, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG, et al. (2003). Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003; São Paulo: SENAD/CEBRID.

Nunes CLX, Andrade T, Galvão-Castro B, Bastos FI, Reingold A (2007). Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack-cocaine users in Salvador – Bahia, Brazil. The Brazilian Journal of Infectious Diseases; 11(6): 561-66.

Oliveira DC de (2009). Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação; Dissertação de Mestrado em Educação: Universidade Federal de Santa Maria.

Oliveira LG, Nappo SA (2008). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. Revista de Psiquiatria Clínica; 35(6): 212-8.

Pacheco Filho RA (1999). Drogas: um mal-estar na cultura contemporânea. Psicanálise e Universidade; 9-10: 119-147.

Paixão AL (1994). Problemas sociais, políticas públicas. In: Zaluar A (Org.). Drogas e cidadania: repressão ou redução dos riscos; São Paulo: Editora Brasiliense.

Passos ADC, Figueiredo JFC, Martinelli ALC, Villanova MG, Nascimento MP, Gaspar AMC, Yoshida CFT (2007). Hepatitis B among female sex workers in Ribeirão Preto – São Paulo, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*; 10(4): 517-524.

Patto MHS (2000). *Mutações do cativo: escritos de psicologia e política*; São Paulo: Hacker editores/EDUSP.

Pechansky F, Kessler FHP, Diemen LV, Bumaquin DB, Surratt HL, Inciardi JA (2007). Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; 29(1): 39-42.

Pedroza RG (2008). *Vida para Consumo: A transformação das pessoas em mercadoria*. *Cronos*; 9(2): 485-91.

Pernambuco Filho P, Botelho A (1924). *Vícios sociais elegantes*; Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves.

Rameh de Albuquerque RC (2008). *Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas*; Dissertação de Mestrado em Saúde Pública: FIOCRUZ.

Reuter P, Kleiman AR (1986). *Risks and Prices: an economic analysis of drug enforcement*. In: Tonry M and Morris N. *Crime and Justice*; Chicago and London: The University of Chicago Press.

Ribeiro MM, Araújo MR (2006). *Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica*. In: Silveira DX, Moreira FG, organizadores. *Panorama atual de drogas e dependências*; São Paulo: Editora Atheneu: pg. 457-68.

Rodrigues T (2004). Política e drogas nas Américas; São Paulo: EDUC.

Sanchez ZVDM, Nappo SA (2002). Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. Revista de Saúde Pública; 36(4): 420-430.

Santiago J (2001). A droga do toxicômano: uma parceria cínica na era da ciência; Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Santis R, Hayden V, Ruiz S, Anselmo E, Torres R, Hidalgo CG (2006). Patterns of substance use of out-of-treatment cocaine base past users. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria; 44(1): 15-22.

Siegal HA, Falck RS, Wang J, Carlson RG (2002). Predictors of drug abuse treatment entry among crack-cocaine smokers. Drug and Alcohol Dependence; 68: 159-166.

Siegal HA, Li L, Rapp RC (2002). Abstinence trajectories among treated crack cocaine users; 27: 437-449.

Silva J, Brands B, Adlaf E, Giesbrecht N, Simich L, Wright MGM (2009). Familiares e pessoas conhecidas de usuários de drogas ilícitas: recorte de opiniões sobre leis e políticas públicas de uma comunidade da Zona Oeste do Rio de Janeiro, Brasil. Revista Latino Americana de Enfermagem; 17(Esp.): 803-9.

Silva SL da (2000). Mulheres na Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack; Dissertação de Mestrado: Universidade de São Paulo.

Simpson DD, Joe GW, Broome KM. A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*; 59: 539-544.

Sontag S (2007). *Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas*; São Paulo: Companhia das Letras.

Sousa ELA de (2009). Eclipses: Propaganda e Utopia. *Boletim da Saúde*; 23(2): 163-171.

Turcke C (2010). *Sociedade excitada: filosofia da sensação*; Campinas: Editora da Unicamp.

Uchôa MA (1996). *Crack: o caminho das pedras*; São Paulo: Ática.

UNODC- United Nations Office on Drugs and Crime (2009). *World Drug Report*; Vienna: UNO.

UNODC- United Nations Office on Drugs and Crime (2010). *World Drug Report*; Vienna: UNO.

Velho G (1994). A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: Zaluar, A. (Org.). *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense.

Verthein U, Haasen C, Prinzleve M, Degkwitz P, Krausz (2001). Cocaine use and the utilization of drug help services by consumers of the open drug scene in Hamburg. *European Addiction Research*; 7: 176-183.

Von Diemen L, De Boni R, Kessler F, Benzano D, Pechansky F (2010). Risk behaviors for HCV- and HIV- seroprevalence among female crack

users in Porto Alegre, Brasil. Archives of Women's Mental Health; 13: 185-189.

Zeni TC, Araujo RB. O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack (2009). Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul; 31(2): 116-119.

Wechsberg WM, Zule WA, Riehman KS, Luseno WK, & Lam WKK (2007). African-american crack abusers and drug treatment initiation: barriers and effects of a pretreatment intervention. Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy; 2: 1-10.

7.

Anexos

Anexo 7.1: Convite a participar da pesquisa.

Convite a participar da pesquisa:

Meu nome é Silvana Julião; sou Assistente Social do Hospital Geral de Taipas. Estou repetindo um estudo realizado em 1996 e 1998, com os pacientes dependentes de crack internados na Clínica de Desintoxicação do Hospital Geral de Taipas, entre 1992 e 1994.

Como(nome do paciente) esteve internado naquela época gostaria de conversar com ele e/ou com um familiar/amigo para fazer algumas perguntas e saber como tem passado. Trata-se de um estudo onde a participação é voluntária, em que respondem apenas as perguntas que quiserem e tudo será mantido em completo sigilo.

Desta vez teria de ser pessoalmente, assim temos mais condições de aprofundar a conversa.

Eu tenho disponibilidade de me locomover até você/es caso lhe seja conveniente Podemos marcar um dia e horário que não cause incômodo.

Posso contar com sua colaboração?

Convite a participar da pesquisa: no caso de desaparecidos, presos ou mortos:

Meu nome é Silvana Julião; sou Assistente Social do Hospital Geral de Taipas. Estou repetindo um estudo realizado em 1996 e 1998, com os pacientes dependentes de crack internados na Clínica de Desintoxicação do Hospital Geral de Taipas, entre 1992 e 1994.

Como(nome do paciente) esteve internado naquela época eu gostaria de conversar com um familiar para conhecer o que estava acontecendo na vida dele/a antes do desaparecimento/prisão/morte.

Sei que o contato pode ser difícil, mas esta conversa seria de grande ajuda, já que poderíamos compreender melhor algumas situações e propor formas de enfrentá-las.

Desta vez teria de ser pessoalmente, assim temos mais condições de aprofundar a conversa.

Eu tenho disponibilidade de me locomover até você/es caso lhe seja conveniente Podemos marcar um dia e horário que não cause incômodo.

Posso contar com sua colaboração?

Anexo 7.2: Questionário utilizado no segundo seguimento.

Entrevista estruturada utilizada no segundo seguimento (1998 – 1999)

Pesquisa de seguimento dos pacientes usuários de crack
Hospital Geral de Taipas - UNIAD (EPM-UNIFESP)

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

Nome do paciente: _____

I. Entrevista:

1. pessoa entrevistada

o paciente

terceiros (nome/grau de parentesco) _____

2. forma da entrevista

telefônica

pessoal

3. condição do paciente no momento da entrevista

morto

acidental

violenta

natural

data do óbito: ____/____/____

causa mortis para o entrevistado:

desaparecido

desde quando?

preso

desde quando _____

motivo porte tráfico roubo assalto assassinato

outro _____

detido sentenciado. Duração _____

II. Trabalho e estudo

1. profissão: _____

2. trabalhou durante o último ano?

sim quantos meses?

* dentro da sua profissão sim não. Com o que?

* carga horária: período integral meio período

* tipo de emprego registrado informal (“bico”) autônomo outro

—

* faltas no emprego semanais mensais não houve

motivo: usou *crack* no dia anterior

doença ligada ao uso qual? _____

ferimentos decorrentes do uso como?

* mudou de emprego? sim. Quantas vezes? _____ não

* quanto recebe? _____

* queixas do empregador relacionadas ao uso. sim não

não

* que atividades se dedicou _____

3. estudou durante o último ano?

sim

* tipo de estudo 1^o/2^o grau supletivo técnico outro

* faltas no estudo semanais mensais não houve

motivo: usou *crack* no dia anterior

doença ligada ao uso qual? _____

() ferimentos decorrentes do uso como?

* queixas da escola relacionadas ao uso. () sim () não

() não

* a que se dedicou em casa _____

III. Status legal

1. cometeu algum delito após a internação em Taipas?

() sim

* tipo de delito: () roubo () assalto () assassinato () tráfico

() outros _____

* com que frequência () diária () semanal () mensal () raramente

() não

2. Já foi preso/detido alguma vez após a internação em Taipas?

() sim [() preso () detido () ambos]

* quantas vezes _____

* qual o motivo? () porte () tráfico () roubo () assalto () assassinato

() outros

* no total quanto tempo esteve preso desde a alta? _____

* chegou a ir a julgamento alguma vez? () sim () não

() não

3. status legal atual (para quem não está preso)

() sem implicações () condicional () esperando sentença () SOS criança

() outro _____

IV. Status financeiro

1. o que fez no último mês para se sustentar?

- () trabalho (registrado/informal)
- () roubo, assalto ou fraude
- () benefício (desemprego ou doença)
- () tráfico de drogas/ contrabando
- () dinheiro da família ou do parceiro
- () mendigar ou pedir esmolas
- () prostituição
- () penhorar ou vender pertences [() próprios () familiares]

V. Uso de drogas

1. usou droga nos últimos 30 dias?

() sim

Classe de droga	Total de dias em uso	Frequência de uso ^(*)			Via oral	Fumada	inalada	EV	outros
		1	2	3					
Álcool						-----	-----	-----	
Nicotina									
Cannabis								-----	
Hipnóticos						-----	-----		
Anfetamina									
Cocaína									
Inalantes						-----			
Opióides					-----				

Outras									
Total									

(*) frequência de uso : 1 = uso isolado 2 = vários episódios de uso 3 = uso contínuo ou pesado

() não

2. usou droga nos

() sim

Dom	Seg	Ter	Qua	Qui	Sex	Sab
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

Classe de droga	Total de dias em uso	a						EV	outros
		1	2	3					
Alcool						-----	-----	-----	
Nicotina									
Cannabis								-----	
Hipnóticos						-----	-----		
Anfetamina									
Cocaína									
Alucinóg.									
Inalantes						-----			
Opióides					-----				
Outras									
Total									

(*) frequência de uso : 1 = uso isolado 2 = vários episódios de uso 3 = uso contínuo ou pesado

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril

Maio	Junho	Julho	Agosto
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro

não

VI. Tratamentos

1. está em tratamento no momento? (mais de uma resposta possível)

sim

* onde ambulatório grupos de auto-ajuda

internação breve internação longa

outro _____

* há quanto tempo nesse(s) tratamento(s) atual(is)? _____

* frequência de comparecimento _____

* está sendo medicado? sim. Com o que? _____

não

não

2. em quantos tratamentos ambulatoriais diferentes esteve desde a alta?

Número de tratamentos _____

3. voltou a ser internado?

sim. quantas vezes? _____

não

4. necessitou de tratamento médico no último ano?

sim . motivo: _____

* atualmente usa alguma medicação sim. Qual? _____

não

não

5. necessitou procurar algum pronto socorro desde a alta?

sim por quê? _____

não

6. HIV

positivo

negativo

não sabe

7. participa ou participou de algum grupo religioso?

sim

* desde quando? _____

* frequência _____

não

Anexo 7.3: Questionário do estudo atual (terceiro seguimento).

Entrevista estruturada (terceiro seguimento):

Pesquisa de seguimento dos usuários de crack
Hospital Geral de Taipas - UNIAD-INPAD (EPM-UNIFESP)

Data da entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

Nome: _____

Estado Civil: _____

Idade: _____

I. Entrevista:

1. Pessoa entrevistada

o paciente

terceiros (nome/grau de parentesco) _____

2. Entrevista

contato telefônico

pessoalmente domiciliar

Uniad

Outros: _____

3. Condição do paciente no momento da entrevista

morto

acidental

violenta

natural

data do óbito: ____/____/____

causa mortis para o entrevistado:

desaparecido

desde quando _____

preso

desde quando _____

motivo porte tráfico roubo assalto assassinato

outro _____

detido sentenciado. Duração _____

II. Trabalho e estudo

1. Profissão: _____

2. Trabalhou durante o último ano?

sim quantos meses? _____

* dentro da sua profissão sim não. Com o que?

* carga horária: período integral meio período

* tipo de emprego registrado informal autônomo outro _____

* carteira de trabalho sim não

* faltas no emprego semanais mensais esporádicas não houve

motivo: usou *crack* no dia anterior

doença ligada ao uso qual? _____

ferimentos decorrentes do uso como?

* mudou de emprego? sim. Quantas vezes? _____ não

* quanto recebe? _____

* queixas do empregador relacionadas ao uso. sim Quais?

não

não

* a quais atividades se dedicou _____

3.a Escolaridade

- Analfabeto
 Fundamental Incompleto
 Fundamental Completo
 Médio Incompleto
 Médio Completo
 Superior Incompleto Curso: _____
 Superior Completo Curso: _____
 Técnico Curso: _____

3b. Estudou durante o último ano?

sim

* tipo de estudo 1º/2º grau supletivo técnico outro

* faltas no estudo semanais mensais não houve

motivo: usou *crack* no dia anterior

doença ligada ao uso qual? _____

ferimentos decorrentes do uso como? _____

* queixas da escola relacionadas ao uso. sim Quais? _____
 não

não

* a quem se dedicou _____

III. Status legal

1. Cometeu algum delito relacionado ao consumo de crack após a internação em Taipas?

sim

* tipo de delito: roubo assalto assassinato tráfico vandalismo

porte falsificação prostituição vender pertences de familiares ou pessoas próximas porte de arma

outros _____

* com que frequência () diária () semanal () mensal () raramente

• período em que cometeu o(s) delito(s): _____

() não

2. Já foi preso/detido por conta do uso alguma vez após a internação em Taipas?

() sim [() preso () detido () ambos]

* quantas vezes _____ qual(is) ano(s) _____

* qual o motivo? () porte () tráfico () roubo () assalto () assassinato

() porte de arma

() outros

* no total quanto tempo esteve preso desde a alta? _____

* chegou a ir a julgamento alguma vez? () sim () não

() não

3. Status legal atual (para quem não está preso)

() sem implicações () condicional () esperando sentença () SOS criança

() outro _____

IV. Status financeiro

1.O que fez no último mês para se sustentar?

() trabalho (registrado/informal)

() roubo, assalto ou fraude

() benefício (desemprego ou doença)

() tráfico de drogas/ contrabando

() dinheiro da família ou do parceiro

() pedir dinheiro na rua

() prostituição

() penhorar ou vender pertences [() próprios () familiares]

() outros

V. Uso de drogas

1. Usou alguma destas drogas nos últimos 30 dias?

() **sim**

Classe de droga	Total de dias em uso	Frequência de uso ^(*)			Via oral	Fumada	inalada	EV	outros
		1	2	3					
Álcool						-----	-----	-----	
Nicotina									
Cannabis								-----	
Hipnóticos						-----	-----		
Anfetamina									
Cocaína/ Crack					-----	-----	-----		
Inalantes						-----			
Opióides					-----				
Alucinógenos									
Outras									
Total									

(*) frequência de uso : **1 uso isolado 2 vários episódios de uso 3 uso contínuo ou pesado**

() **não**

2.usou alguma destas drogas nos últimos 12 meses?

() **sim**

Classe de droga	Total de dias em uso	Frequência de uso ^(*)			Via oral	Fumada	inalada	EV	outros
		1	2	3					
Álcool						-----	-----	-----	

Nicotina									
Cannabis								-----	
Hipnóticos						-----	-----		
Anfetamina									
Cocaína/						-----			
Crack					-----		-----	-----	
Alucinóg.									
Inalantes						-----			
Opióides					-----				
Outras									
Total									

(*) frequência de uso : **1 uso isolado** **2 vários episódios de uso** **3 uso contínuo ou pesado**

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Maior	Junho	Julho	Agosto
Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro

() não

3. Uso de drogas na vida.

	Idade do 1o uso	tempo de uso (meses ou anos)	Consumo atual –últimos 2 anos () Consumo médio na época do uso, se já parou () (quantidade)				Última vez
			Diário	Semanal Qtas vzs	Mensal	Esporád ico	
1. álcool							
2. tabaco							
3. solventes (cola, benzina, lança perfume, etc)							

4.cocaína/ crack							
5. maconha							
6. sedativos / hipnóticos (Diazepan, Frontal, Lorax, Lexotan, etc)							
7. a n f e t a m i n a s (remédios de emagrecer, tipo Hipofagin)							
8. alucinógenos (LSD, chá de cogumelo, mesalina, chá de Santo Daime)							
9.êxtase							
10. opiáceos (xarope, heroína, morfina, etc)							
11. outro. Especificar:							

Tempo/Intervalos de Abstinência do consumo Crack:

4. Quanto ao consumo de crack:

* destacar o período de ápice do consumo (meses/anos):: de _____ - até

* neste período descreva uma semana típica de consumo:

- número de dias de uso sem comer ou dormir: _____
- número de pedras de crack: _____

* Mudança de via de administração:

Primeira via escolhida		Segunda via escolhida		Terceira via escolhida	
Início	Duração	Início	Duração	Início	Duração

Motivo da mudança para o crack?

VI. Tratamentos

1. Está em tratamento no momento? (mais de uma resposta possível)

sim

* onde ambulatório grupos de auto-ajuda

internação breve internação longa domiciliar

outro _____

* há quanto tempo nesse(s) tratamento(s) atual(is)? _____

* frequência de comparecimento _____

* está sendo medicado? sim. Com o que? _____

não

não

2. Em quantos tratamentos ambulatoriais diferentes esteve desde a alta?

Número de tratamentos _____

3.Voltou a ser internado após a alta?

- sim.** quantas vezes? _____ onde? _____
quanto tempo internado? _____
- não**

4.Necessitou de tratamento médico (clínico) no último ano?

- sim** . motivo: _____
- * atualmente usa alguma medicação sim. Qual? _____
- não
- não**

5.Necessitou procurar algum pronto socorro desde a alta?

- sim** por quê? _____
- não**

VIII.Overdose pelo uso de crack:

- sim** quantas: _____
- não**

IX.Comportamento Sexual (período de consumo de crack):

Número de parceiros:

Sexo sem camisinha:

sim

não

Já trocou sexo por drogas ou dinheiro:

sim

não

HIV

positivo

negativo Data do último exame: _____

não sabe

X.Participa ou participou de alguma cerimônia/ grupo religioso (igreja, culto, templo)

sim

* qual? _____

* desde quando? _____

* frequência _____

não

Anexo 7.4: Autorização do Comitê de Ética.

Anexo 7.5: Termo de consentimento.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

“Estudo de seguimento de usuários de crack internados para tratamento: a situação dos pacientes após doze anos”.

O objetivo desse estudo é entrevistar os pacientes (ou seus familiares), que estiveram internados na Enfermaria de Desintoxicação em Álcool e Drogas do Hospital Geral de Taipas entre 1992 e 1994, para sabermos como têm passado após doze anos da alta. Queremos saber sua idade, estado civil, situação no emprego e estudo, se tiveram algum problema com a justiça, seu meio de sustento, se voltaram a beber ou usar drogas, se voltaram a se internar ou participam de algum tratamento de ambulatório. Gostaríamos de saber também se contraíram alguma doença importante nesse período (incluindo uma pergunta sobre AIDS) e a adoção de crença religiosa. Para tanto foi feito um questionário, cujo preenchimento requer aproximadamente 40 minutos. Após a aplicação dos questionários alguns de vocês (aproximadamente 10 voluntários)- em um segundo momento - serão convidados para uma entrevista em que procuraremos entender como foi possível – para alguns – interromper o consumo ao longo destes doze anos e – para outros- continuar consumindo crack e “tocando” a vida cotidiana; e como os tratamentos a que tiveram acesso repercutiram no dia-dia de cada um.

Sua participação é voluntária e só responderá às perguntas que desejar. O estudo não lhe trará qualquer benefício pessoal direto, mas ajudará na obtenção de informações valiosas sobre a evolução de um grupo de pessoas que buscaram internação devido ao uso descontrolado de crack e o que pode ser melhorado no atendimento de futuros dependentes.

Os dados revelados serão mantidos em completo sigilo e anonimato, conforme previsto em lei. Caso qualquer informação pessoal fornecida seja revelada em público, o entrevistado terá direito a uma indenização. É importante ressaltar que **sua participação é inteiramente voluntária, sendo-lhe assegurado direito de responder apenas às perguntas que desejar, bem como de desistir em qualquer momento da entrevista.**

Os profissionais responsáveis pela pesquisa estarão disponíveis para consulta e esclarecimento de eventuais dúvidas sobre o estudo. O principal

investigador é Andréa Costa Dias que pode ser encontrada à Rua Botucatu, 394 (5575-1708). Caso tenha alguma consideração ou dúvida acerca da ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)- Rua Botucatu, 572 – primeiro andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E –mail: cepunifesp@epm.br

Após ler essa carta e ter tirado todas as dúvidas, você se sentir suficientemente informado e concorde em participar da entrevista, por favor, assine abaixo, antes de responder às perguntas.

Grata.

Andréa Costa Dias (Psicóloga e Pesquisadora da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas/EPM).

_____ Data ___/___/_____
assinatura do participante

_____ Data___/___/_____
testemunha

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data___/___/_____
Andréa Costa Dias

8.

Abstract

INTRODUCTION: The challenges communities have to face because of the consequences caused by crack abuse represent one of today's major topics in the public policy arena.

OBJECTIVE: The present study comes from a line of new research in Brazil; and followed the events related to crack consumption in the lives of 133 individuals during a period of 12 years.

DESIGN: Long term prospective cohort study.

PROCEDURES: A cohort of inpatient crack users (inclusion criteria), admitted to treatment between the period of 1992 and 1994 in a public drug dependence unit; was selected. After discharge, the same cohort was interviewed in 3 different moments: after 2 years (1995-1996), 05 years (1998-1999) and 12 years (2005-2006).

RESULTS and DISCUSSION: The participants of the study witnessed the insertion of crack in the city of Sao Paulo and the repercussions related to its trade and consumption, specially the issue of violence. During this time it was observed a weak schooling, better conditions of employment and a history of searching for specialized drug treatment. Vulnerable situations relating to the use of the drug were identified and; during the follow up period, the

cohort presented heterogeneous trajectories of crack use (breaking off from the dichotomy using/not using). Relevant quantitative data were questioned and discussed relating them to current drugs policies and the ideological hegemony generated around the use of illicit drugs and crack). It was still questioned the rhetoric of drugs and the dispute for a supposed more validated knowledge (the scientific authority) for this field of work.