

LÍGIA BONACIM DUAILIBI

Revisão Sistemática

Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção de Título de Mestre em Ciências.

São Paulo

2010

Duailibi, Ligia Maria Ferro Bonacim

Revisão sistemática: Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil

/ Lígia Maria Ferro Bonacim Duailibi – São Paulo, 2010. 86 folhas

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria.

Título em inglês: Profile of cocaine and crack users in Brazil

1. Cocaína-crack 2. Perfil 3.Usuários 4.Abuso de drogas 5.Revisão da literatura.

São Paulo

2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E PSICOLOGIA MÉDICA

Chefe do Departamento: Prof. Dr. José Cássio do Nascimento Pitta

Coordenador da Pós-Graduação: Prof. Dr. Jair de Jesus Mari

LÍGIA MARIA FERRO BONACIM DUAILIBI

Revisão Sistemática

Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil

ORIENTADOR: PROF.DR.RONALDO LARANJEIRA

CO-ORIENTADOR: DR. MARCELO RIBEIRO

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção de Título de Mestre em Ciências.

São Paulo

2010

LÍGIA MARIA FERRO BONACIM DUAILIBI

Revisão Sistemática

Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Hélio Elkis

Prof. Dr^a Sandra Cristina Pillon

Prof Dr Hamer Palhares Nastasy Alves

Suplente:

Prof^a. Dr^a. Lilian Ribeiro Caldas Ratto

DEDICATÓRIA

Ao meu irmão

José Paulo (In memorian)

AGRADECIMENTOS

ÍNDICE

DEDICATÓRIA	6
AGRADECIMENTOS	7
ÍNDICE	8
RESUMO	9
ABSTRACT	10
INTRODUÇÃO	11
OBJETIVOS	25
ARTIGO	26
CONCLUSÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS	71
APÊNDICES	86

RESUMO

Esta tese tem como objetivo sintetizar o perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. Foi construído por meio de revisão da literatura em base de dados (MEDLINE, LILACS e Biblioteca Cochrane), e no Banco de Teses da CAPES. Os dados foram agrupados em categorias temáticas, quais sejam: levantamentos domiciliares nacionais, populações específicas, perfil dos pacientes que procuram tratamento, mortalidade e morbidade. Dentro de cada categoria os principais achados da literatura nacional foram descritos e posteriormente discutidos. Os resultados indicam que informações relacionadas ao consumo de cocaína e crack no Brasil ainda são incipientes, mas já temos à disposição da comunidade científica um conjunto teórico relevante que pode ser utilizado visando à atualização das atuais políticas públicas referentes a este tema.

Palavras-chave: cocaína/crack, perfil, usuários, revisão da literatura, abuso de drogas.

ABSTRACT

This thesis has as objective synthesizes the profile of cocaine and crack users in Brazil. It was written through review of literature in database (MEDLINE, LILACS, COCHRANE LIBRARY and the bank of theses CAPES). The data were gathered in thematic categories, which are: national household surveys, specific populations, the patient who seek treatment profile, mortality and morbidity. Inside of each category the main findings of the national literature were described and later discussed. The results indicate that information related to the cocaine consumption and crack in Brazil are still incipient, but we already have to the scientific community's disposition a relevant theoretical group that we can be used seeking to the updating of the current public policies regarding this theme.

Key-words: cocaine/crack, profile, drug users, literature review, drug abuse.

INTRODUÇÃO

A cocaína é consumida pela humanidade há pelo menos cinco mil anos. (Escohotado, 1996). O hábito de mascar folhas de coca entre a população nativa dos Andes visava, a princípio, amenizar o cansaço e a fome. As baixas concentrações da substância nas folhas tornavam improváveis as chances de dependência entre seus usuários. Os casos de dependência tornaram-se mais freqüentes a partir do século XIX quando a cocaína foi isolada de suas folhas.

Porém, a planta da qual a substância é proveniente, a coca, natural dos altiplanos andinos, já era utilizada por civilizações pré-incaicas florescidas no século X a.C. (Escohotado, 1996; Johanson, 1988). A origem etimológica da palavra 'coca' provém da língua aymara e significa "planta" ou "arbusto" (Escohotado, 1996). Para as civilizações pré-incaicas, a planta deu poderes aos homens para vencerem um Deus maligno e os incas entendiam que a 'Mama Coca', tal como a denominavam, fora um presente dos deuses para que os homens, ao mascar suas folhas, pudessem suportar a fome e a fadiga (Escohotado, 1996). O consumo das folhas era um privilégio da nobreza e sua utilização por soldados, mensageiros e camponeses, salvo autorização real expressa, era considerado crime de lesa majestade (Escohotado, 1996). Os nativos andinos não sabiam extrair das folhas o princípio ativo, mas aprenderam a conservá-lo, misturando à planta substâncias alcalinas (cal) (Johanson, 1988).

Apesar de levada ao conhecimento europeu já nos primeiros anos da colonização espanhola, por Américo Vespúcio (1505), Fernandez de Oviedo (1535) e Nicholas Monardes (1565) (Karch, 1998), as folhas de coca não conseguiram popularidade nesse

continente até o século XIX (provavelmente devido à deterioração da planta durante o transporte), permanecendo um costume indígena exclusivo até então (Grinspoon et al, 1985; Johanson, 1988). A primeira publicação científica sobre o assunto, no entanto, apareceu na revista *Institutiones Medicae*, escrita por Herman Boerhaave, em 1708 (The Vaults of Erowid, 2001).

O interesse europeu pelas propriedades farmacológicas da folha de coca apareceu na virada para o século XIX: eminentes botânicos, farmacologistas e médicos da primeira metade do século atribuíram-lhe denominações tais como "tesouro da matéria médica", "saudável e condutora da longevidade", "evocadora da potência do organismo, sem deixar sinal algum de debilidade conseqüente" (Escohotado, 1996). Opositores da euforia causada pela descoberta da substância já eram encontrados nesse período, comparavam a coca ao ópio e alertavam para o potencial uso abusivo da mesma (Grinspoon et al, 1985; Escohotado, 1996).

O princípio ativo puro da substância foi isolado por Albert Niemann, em 1859 (Karch, 1998). Antes, em 1855, o químico Gaedecke já havia extraído um resíduo oleoso das folhas de coca, ao qual denominou eritroxilina (Johanson, 1988). As indicações da cocaína para o tratamento das farmacodependências, como estimulante incapaz de danos secundários, ideal para exaltar o humor, espantar a depressão e "deixar as damas plenas de vivacidade e charme", foram publicadas nas principais revistas médicas da época, na Europa e nos Estados Unidos (Escohotado, 1996). Suas propriedades anestésicas foram utilizadas no tratamento de dores de dente e garganta, em bloqueios anestésicos e abriu uma nova fronteira nas cirurgias oftalmológicas (Karch, 1998). Era utilizada pelas vias oral, inalatória ou por meio de injeções

intradérmicas (Escohotado, 1996).

Os primeiros produtos comerciais da substância começaram a surgir no início da segunda metade do século XIX (Escohotado, 1996; Karch, 1998). Tais produtos consistiam em infusões revigoradoras de folhas de coca, pastilhas para aliviar dores dentárias, tônicos e bebidas, alcóolicas e não-alcóolicas, que recebiam cocaína em sua composição. Duas bebidas atingiram grande notabilidade: o Vinho de Coca Mariani, produzido pelo médico corso que batizou com seu sobrenome a bebida e a Coca-Cola, do boticário norte-americano J. S. Pemberton, que a vendia para o combate à cefaléia e como tonificante. Com o advento da Lei Seca, Pemberton substituiu o álcool da fórmula por noz de cola (contendo cafeína), gaseificou a água e anunciou-a como "a bebida dos intelectuais e abstêmios" (Escohotado, 1996). Uma garrafa de seis onças da bebida continha, em média, 2 miligramas de cocaína (Spillane, 1999). Em 1909, havia nos Estados Unidos 69 tipos de bebidas que continham cocaína em sua fórmula (Escohotado, 1996).

Entre 1880 e 1884 o *Therapeutic Gazette* publicou 16 relatos de cura da dependência do ópio pela cocaína (Grinspoon et al, 1985). Mas foi a monografia de Sigmund Freud, *Über Coca*, em 1884, que sintetizou aquilo que vinha sendo falado e escrito pela comunidade científica nas últimas décadas. O trabalho do então desconhecido cientista, exaltava a capacidade da substância de exaltar o humor, combater o 'morfínismo' e o 'alcooolismo', transtornos gástricos, caquexia e a asma, além de ser afrodisíaco e anestésico local. Em artigos subsequentes, considerou improvável a existência de uma dose letal para a substância e colocou suas experiências com a mesma no tratamento da histeria e hipocondria (Escohotado, 1996).

Dois laboratórios, Merck (1862) e Parke Davis (1870), passaram a comercializar a cocaína e dirigiram-na à classe médica na forma apresentações tais como extratos fluídos, vinhos, oleatos e salicilatos, inaladores, sprays nasais e cigarros contendo a cocaína em suas composições (Grinspoon et al, 1985; Johanson, 1988; Escohotado, 1996). Numa de suas campanhas, a Parke Davis publicou aos médicos: "Esperamos que seja mais freqüente a aplicação dos maravilhosos efeitos da cocaína na terapêutica geral, dos quais destacamos a melhora do estado de ânimo, o aumento das faculdades físicas e mentais, assim como o aumento da resistência ao esforço [...] Seria uma lástima que tão destacadas propriedades não fossem exploradas" (Escohotado, 1996). Nessa época, o cultivo da planta foi levado para colônias inglesas, tais como Jamaica, Madagascar, Camarões, Índia, Ceilão (atual Sri Lanka) e especialmente Java (Grinspoon, 1985; Negrete, 1992).

A reação ao tratamento de panacéia dispensado à cocaína, embora presente desde o início do século XIX, só ganhou relevância no final desse (Spillane, 1999). Sintomas psicóticos e depressivos, insônia e relatos de abuso e dependência, onde o consumo era classificado por seus usuários como uma 'tentação irresistível' golpearam os elogios incondicionais que a substância vinha recebendo até aquele período (Escohotado, 1996). Por volta de 1890, pelo menos 400 casos agudos ou crônicos de danos físicos e psíquicos relacionados à cocaína já haviam sido publicados na literatura médica (Grinspoon et al, 1985). Em 1901 a Coca-Cola retirou a cocaína de sua fórmula (Karch, 1998). Emil Kraepelin (1902), durante uma conferência para clínicos da Universidade de Heidelberg, ao falar sobre a importância do papel do médico para "a prevenção e o alívio da interminável miséria causada pela doença mental", apontou o

alcoolismo, a sífilis e o abuso da morfina e da cocaína, como "os mais importantes pontos de ataque". Por volta de 1905, o consumo inalado da cocaína já era bastante difundido nos E.U.A. e o primeiro caso de lesão da mucosa nasal foi publicado pela literatura médica em 1910 (Karch, 1998). As sociedades médicas, no início partidárias, e depois convertidas em ferozes opositoras da cocaína, passaram a criticar a venda da cocaína pela indústria farmacêutica, afirmando que esses haviam promovido a substância de uma maneira irresponsável e não-científica (Spillane, 1999) .

A partir da segunda década do século XX, observou-se um declínio no consumo da cocaína nos Estados Unidos e na Europa até atingir níveis insignificantes. Para tal, pelo menos quatro fenômenos foram determinantes: 1- o fortalecimento do puritanismo e da ideologia proibicionista nos Estados Unidos, culminado no aparecimento de leis restritivas e punitivas (Harrison Narcotics Act, 1914; Boggs Act, 1951; Narcotics Control Act, 1956), que baniram a cocaína e a heroína do mercado livre, controlaram as importações desses produtos, perseguiram os médicos que prescreviam tais substâncias e fecharam várias clínicas para tratamento de dependentes (Escohotado, 1996); 2- a depressão econômica que se estendeu até os anos 40, deixando menos dinheiro para gastos supérfluos (Grinspoon et al, 1985); 3- o surgimento, na Europa, de medidas sócio-educativas e de saúde pública, visando à prevenção e ao tratamento desses pacientes (Escohotado, 1996); 4- a anfetamina, um novo e potente estimulante de longa duração, foi sintetizada em 1932. A substância não possuía qualquer restrição punitiva por parte dos estados nacionais, era barata e parece ter substituído o consumo de cocaína em alguma proporção (Johanson, 1988).

No início dos anos 70, houve o recrudescimento do consumo de cocaína e

heroína, por conta de pelo menos três fatores: 1- o aparato repressivo montado pelo Estado norte-americano concentrava seus esforços no combate à maconha e ao LSD, permitindo que outras substâncias fossem introduzidas no país (Escohotado, 1996); 2- a partir de 1973, o consumo de anfetamina passou a ser controlado, deixando um universo de consumidores carentes de uma substância com as mesmas propriedades (Johanson, 1988); 3- Os movimentos contraculturais beat e hippie, dos anos 50 e 60, além de entenderem a experiência com substâncias psicoativas como uma forma percepção, contestação e saída do sistema autoritário em que viviam as nações da Guerra Fria (tune in, turn on and drop out), contribuíram para a modificação dos valores autoritários da classe média e para a aproximação com os setores marginalizados da sociedade (negros, homossexuais, loucos enclausurados e bandidos) (OSAP, 1991; Escohotado, 1996).

Durante este seu “ressurgimento”, a cocaína ainda era considerada uma 'droga leve', incapaz de causar sintomas de dependência física e por isso foi pouco visada num primeiro momento (OMS, 1975; OSAP, 1991). O narcotráfico colombiano se profissionalizou a partir dos anos 70 (Uprimny, 1997). Utilizando sua experiência anterior no contrabando de ouro e esmeraldas e aproveitando as conexões existentes para a distribuição da maconha, introduziu crescentes quantidades de cocaína em território norte-americano, aumentando a disponibilidade e reduzindo posteriormente o preço do produto (The Economist, 2001).

Desse modo, a cocaína se apresentou aos anos 80 como um estimulante relativamente inócuo e eminentemente urbano (Grinspoon et al, 1985). O alto custo inicial da substância, seu “snob appeal” e reputação de “droga das elites” conferiram-lhe uma imagem de algo desejável (Grinspoon, 1985). O estilo de vida de uma nova geração, nascida durante os anos efervescentes do movimento hippie, mas

ideologicamente oposta a esse, estava associado à cocaína: essa geração ficou conhecida como yuppies (young urban professionals) (American Heritage Dictionary, 2000).

Jovens profissionais bem sucedidos e totalmente integrados ao sistema de produção vigente, possuíam empregos invejáveis e sob medida para workaholics e identificavam-se com os ícones do consumismo (Grinspoon, 1985). O consumo de cocaína inalada era visto como provedor de energia, auto-estima e ambição social, atributos essenciais para esses jovens executivos (Gold, 1993).

O consumo de cocaína atravessou os anos 80 popularizando-se. Atingiu estratos sociais mais baixos, faixas etárias cada vez menores (Escohotado, 1996) e preços mais acessíveis, chegando a custar 250% menos, no final da década (The Economist, 2001). O narcotráfico colombiano, responsável pela produção e distribuição da cocaína pelo mundo, atingiu níveis avançados de organização e notoriedade internacional (Shannon, 1991; Morgenthau et al, 1991). No final dos anos 80, era responsável por 80% da cocaína distribuída nos Estados Unidos e faturava cerca de 200 bilhões de dólares anuais (Arbex, 1996). Nesse contexto de popularização, uma nova apresentação da substância surgiu em território norte-americano, após um período embrionário na América do Sul. Foi denominado crack e seu impacto sobre a cultura norte-americana e mundial gerou grande interesse por parte da mídia e da comunidade científica.

O hábito de fumar a pasta de folhas de coca era praticamente desconhecido na América do Sul antes dos anos 70 (Negrete, 1992). A partir dessa época, começou a ganhar popularidade no Peru, espalhando-se para os outros países produtores no decorrer da década (Maass et al, 1990). Nos Estados Unidos, o uso da pasta de coca foi

descrito pela primeira vez em 1974, numa comunidade restrita da Califórnia (Wallace, 1991) e atingiu alguma popularidade no final da década (Siegel, 1987, Wallace, 1991; Morgan et al, 1997). A pasta básica de coca (sulfato de cocaína) é obtida por meio da maceração ou pulverização das folhas de coca com solvente (álcool, benzina, parafina ou querosene), ácido sulfúrico e carbonato de sódio (Maass et al, 1990; Escohotado, 1996). Desde os primeiros relatos, chamava a atenção dos pesquisadores a intensidade e a curta duração dos sintomas de euforia, seu preço muito inferior ao da cocaína refinada, as impurezas do amálgama e o “microtráfico” feito pelo usuário para a manutenção do próprio consumo (Maass et al, 1990). A pasta básica era chamada nos países andinos de basuco, evocando a natureza da mistura (alcalina) e a potência de seus efeitos psicotrópicos (bazuca) (Negrete, 1985). Essa experiência, inicialmente restrita à América Andina, foi considerada por alguns autores como a precursora do surgimento do crack nos Estados Unidos (Hamid, 1991a; Ellenhorn et al, 1997; Reinerman, 1997).

O crack surgiu entre 1984 e 1985 nos bairros pobres de Los Angeles, Nova York e Miami, habitados principalmente por negros ou hispânicos e acometidos por altos índices de desemprego (Del Roio, 1997, Reinerman, 1997). Era obtido de um modo simples e passível de fabricação caseira (Ellenhorn et al, 1997) e utilizados em grupo, dentro de casas com graus variados de abandono e precariedade (crack houses) (Geter, 1994). Os cristais eram fumados em cachimbos e estralavam (cracking) quando expostos ao fogo, característica que lhes conferiu o nome (Ellenhorn et al, 1997). A utilização produzia uma euforia de grande magnitude e de curta duração, seguida de intensa fissura e desejo de repetir a dose (OSAP, 1991). O perfil inicial desses consumidores, eminentemente jovem, era o seguinte (Hamid, 1991b): usuários de cocaína refinada, atraídos inicialmente pelo baixo preço do crack, usuários de maconha

e poliusuários, que adicionaram o crack ao seu padrão de consumo e aqueles que adotaram o crack como sua primeira substância. Juntaram-se a essa população, usuários endovenosos de cocaína, geralmente mais velhos, que após o advento da AIDS, optaram pelo crack em busca de vias de administração mais seguras, sem prejuízo na intensidade dos efeitos (Dunn et al, 1999b). O baixo preço da substância também atraiu novos consumidores, de estratos sociais mais baixos, que pagavam por dose consumida e por isso faziam inúmeras transações (Blumstein et al, 2000). No entanto, sua pureza, algumas vezes inferior, a curta duração dos efeitos e a compulsão por novas doses, por vezes produziam um gasto mensal superior ao efetuado com a cocaína refinada (Caulkins et al, 1997; Ferri, 1999).

O crack modificou profundamente a economia doméstica do tráfico drogas, bem como seu modo de atuação. Hamid (1991a, 1991b) relata que antes do aparecimento do crack em Nova Iorque, a distribuição de substâncias era feita por grupos de minorias étnicas culturalmente coesas, fazendo seus lucros circularem dentro daquela comunidade, na forma de bens e serviços. Com a chegada do crack e seu padrão compulsivo de uso, a busca por divisas voltou-se para a obtenção de mais substância, em detrimento da comunidade onde o comércio se dava. Além disso, um importante paradigma, a separação entre vendedor e consumidor, foi abandonado: os consumidores assumiram papéis na distribuição e muitos traficantes viram-se dependentes do crack. A partir daí surgiu um novo modo para a distribuição: atomizado e executado por jovens e suas gangues, porém fortemente organizado e hierarquizado, onde cada um exercia um papel específico.

O ambiente de violência e criminalidade pronunciado, pode ser explicado por

alguns fatores. O novo negócio fomentou competitividade entre os grupos (Hamid, 1991a, Blumstein et al, 2000). Era comandado por adolescentes marginalizados e excluídos do mercado de trabalho, sem outra perspectiva econômica (Morgan et al, 1997; Blumstein et al, 2000), naturalmente mais imaturos e impulsivos e muitas vezes dependentes da substância (Hamid, 1991b, Blumstein et al, 2000). O comércio do crack causou deterioração e desestabilização econômica de bairros, onde as vendas se concentravam, associado à falta da presença do Estado como provedor de políticas sociais e de segurança, atuando exclusivamente como agente repressor e estigmatizador do tráfico e seus usuários (Hatsukami, 1996). O fácil acesso a armas de fogo cada vez mais poderosas (Hatsukami, 1996), fez dessas o principal meio para os membros das gangues garantirem autoproteção, resolverem as disputas de mercado, defenderem os produtos e ativos ilegais, além de lhes conferirem status e poder na comunidade onde atuavam (Blumstein et al, 2000). O caráter abusivo e compulsivo do consumo do crack, gerador de fissura e busca desenfreada por uma nova dose (Gossop et al, 1994; Hatsukami et al, 1996). A chegada do comércio do ilegal do crack catalisou e amplificou déficits sociais latentes, que apareceram sob a forma de comportamentos violentos, tais como venda de objetos pessoais, furtos, roubos, disputa de gangues, assassinatos e prostituição (Hamid, 1991a).

A presença do crack começou a ser relatada em outros países no final dos anos 80 (figura 1.1 e figura 1.2). A Espanha é tida a porta de entrada do tráfico de cocaína e haxixe na Europa (OGD, 2000). O país vem detectando a presença crescente da cocaína, principalmente na camada jovem da população (Bosch, 2000). O crack é mais prevalente na região sul do país (Sevilha), decrescendo, gradativamente, até alcançar as cidades do Norte (Barcelona) (Barrio et al, 1998). Portugal e França apresentam índices

insignificantes de consumo de cocaína, em termos de saúde pública, além de não fazerem menções sobre o crack (EMCDDA, 1999). A Itália (EMCDDA, 2000) detectou a presença do crack entre minorias de imigrantes (senegaleses), envolvidos no mercado do tráfico e habitando áreas marginalizadas. O consumo, restrito às minorias imigrantes, apresentou algum aumento entre os italianos. No Reino Unido, o crack surgiu em bairros pobres e marginalizados, habitado por minorias de imigrantes, causando disputas de espaço pela distribuição e criminalidade (Bean, 1993; Ditton, 1993; Pearson, 1993, Shapiro, 1993). A substância era relativamente conhecida pelo público jovem (Denham, 1995) e passou a ser utilizada por boa parte dos antigos usuários de cocaína (Strang et al, 1990), com predomínio maior entre os negros caribenhos (Gossop et al, 1994). Recentemente, a imprensa (Police crack down..., 2001) noticiou um aumento do consumo. A Alemanha (EMCDDA, 2000) observou a chegada do crack a partir da primeira metade dos anos 90. Produzido artesanalmente e para consumo próprio, no início, o crack é hoje mais prevalente que a cocaína naquele país, com grande penetrância entre os usuários de heroína. A Holanda parece não ter sentido a presença do crack até 1993 (Cohen, 1997), permanecendo restrito a minorias de imigrantes do Suriname (Cohen, 1995). Em 1998 o consumo de cocaína não-injetável (cocaína refinada e crack) era considerado tão prevalente quanto de heroína (Ameijden et al, 2001). Os países escandinavos (EMCDDA, 1999) têm grande predileção pelas anfetaminas, a substância mais consumida naqueles países, após a maconha (1-3%). Não há relatos sobre o crack nesses países.

Um padrão insignificante de consumo de cocaína foi observado nos países do Leste Europeu, sem referências à presença do crack (UNODCCP, 2001).

Na Austrália, o crack parece ter causado pouca ou nenhuma repercussão (Mugford, 1997). O consumo de cocaína, no entanto, vem aumentando desde o início dos anos 90, apesar dos baixos índices (1,4%). Já nos países asiáticos, tais como Japão, China e Filipinas o consumo de estimulantes se dá preferencialmente com as anfetaminas, não havendo espaço para congêneres (NIDA, 1999; NIDA, 2001). Algum sinal do crack e drogas sintéticas (club drugs) tem sido detectado na Índia, em substituição ao consumo local de mandrax (OGD, 2000). A África do Sul é o maior mercado consumidor de cocaína do continente africano (OGD, 2000). Começou a sentir a presença do crack por volta de 1993, com índices crescentes de consumo, principalmente nas zonas miseráveis de Joanesburgo (Jeter, 2000). Os últimos relatos, no entanto, apontam para a estabilização ou mesmo redução do consumo nesse país (NIDA, 2001).

Há poucas informações sobre a chegada do crack ao Brasil, em sua maioria provenientes da imprensa leiga ou de órgãos policiais. A apreensão de crack, realizada pela Polícia Federal, entre 1993-1997, aumentou 166 vezes (Procópio, 1999). A apreensão de pasta básica, no mesmo período e considerada por região, apresentou níveis decrescentes, excetuando-se a região sudeste, onde aumentou 5,2 vezes (Procópio, 1999). A cidade de São Paulo foi a mais atingida. A primeira apreensão da substância no município registrada nos arquivos da Divisão de Investigações sobre Entorpecentes (DISE), aconteceu em 1990 (Uchôa, 1996). Algumas evidências apontam para o surgimento da substância em bairros da Zona Leste da cidade (São Mateus, Cidade Tiradentes e Itaim Paulista), para em seguida alcançar a região da Estação da Luz (conhecida como "Cracolândia"), no centro (Uchôa, 1996). A partir daí espalhou-se para vários pontos da cidade, estimulado pelo ambiente de exclusão social (Uchôa,

1996) e pela repressão policial no centro da cidade (Dimenstein, 1999). O preço do crack, apesar de similar ao da cocaína refinada em termos de unidade de peso, possuía apresentações para o varejo que variavam de 1,00 a 50,00 reais, tornando-o acessível para uma faixa grande de consumidores (Dunn et al, 1998). Além disso, parece ter havido uma redução na oferta de outras drogas (Nappo et al, 1994). Procópio (1999), a partir de uma revisão em jornais de São Paulo, Rio de Janeiro e Brasília, apresentou algumas considerações sobre o esquema de distribuição. Entre essas, figuram a ascensão de indivíduos cada vez mais jovens ao comando do tráfico, fragmentado e organizado em bandos (gangues), com divisão de tarefas ("dono da bocada", "chefe da distribuição", "avião", "fogueteiro") e normas rígidas de disciplina e punição, com alta prevalência de armas de fogo, caracterizando uma conduta marcadamente violenta, em decorrência da competição por espaço na distribuição e para fazer frente ao esquema de repressão ao tráfico. Apesar de desenhado a partir de dados parciais e em sua maioria sem sistematização científica, o panorama observado guarda semelhanças com a presença do crack em outros países.

Não há informações amplas sobre a evolução do consumo de crack no Brasil. Um importante fenômeno observado aqui (Dunn et al, 1996; Dunn et al, 1999b) e em outros países (Gossop et al, 1994; Barrio et al, 1998; Ameijden et al, 2001), durante os anos 90, foi a transição de vias de administração entre os usuários de cocaína. Tal fenômeno caracteriza-se pela substituição da via de administração, por meio da qual um indivíduo se iniciou no consumo de alguma substância, por uma nova via, que passa a ter sua predileção (Dunn et al, 1999b). Quanto às drogas injetáveis no Brasil, cocaína é praticamente a única substância utilizada (Carvalho et al, 2000; Seibel et al, 2000), tendo em vista a presença irrelevante de heroína no país (Dunn et al, 1999b; Carvalho et

al, 2000). Até o final dos anos 80 o padrão inicial de consumo de cocaína era feito principalmente pela via intranasal e em menor proporção, pela via injetável (Dunn et al, 1999b). Nos países europeus, o consumo inicial de heroína dava-se principalmente pela via injetável (Gossop et al, 1994; Barrio et al, 1998; Ameijden et al, 2001). Após esse período, verificou-se um aumento daqueles que iniciavam seu consumo pela forma inalatória, em detrimento da injetável (Gossop et al, 1994; Dunn et al, 1999b, Kuebler, 2000; Ameijden et al, 2001). Uma porção dos usuários que utilizavam as vias injetável e intranasal migraram para a via inalatória, ao passo que essa foi a que menos perdeu adeptos (Dunn et al, 1999b). Alguns fatores influenciaram essa transformação: a severidade e o tempo prolongado de consumo de cocaína, o baixo preço e a disponibilidade do crack e a percepção crescente dos riscos associados ao modo injetável (HIV) (Dunn et al, 1999b).

Nos últimos anos, instituições ligadas à infância, a imprensa e as unidades de tratamento de dependentes químicos vêm notando uma aumento significativo do consumo da cocaína/crack no estado de São Paulo e em outras regiões do país, com sérias conseqüências e impactos para a saúde e segurança pública. Esta tese objetiva traçar um perfil dos usuários de crack e cocaína no Brasil, através de uma revisão da literatura.

OBJETIVO

Devido ao aumento do consumo de cocaína/crack no Brasil, com graves conseqüências sócio-econômicas e relacionadas a saúde pública, diversos estudos acerca do tema foram publicados nos últimos anos. No entanto, pouco se sabe sobre o perfil dos usuários dessa substância. Visando reunir o conhecimento disponível sobre o assunto no Brasil, faremos uma revisão da literatura, considerando os principais perfis sócio-demográficos dos usuários de cocaína e crack, desenhados a partir de levantamentos domiciliares e com populações específicas, bem como dentro das principais unidades de saúde. Por fim, o padrão de mortalidade, morbidade e *causa mortis* será descrito em linhas gerais.

A **Metodologia**, os **Resultados** e a **Discussão** são apresentados na forma de artigo publicado no “Cadernos de Saúde Pública”.

ARTIGO PUBLICADO:

CSP **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 4:S545-S557, 2008

Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil

Profile of cocaine and crack users in Brazil

Lígia Bonacim Duailibi⁽¹⁾, Marcelo Ribeiro⁽¹⁾, Ronaldo Laranjeira⁽¹⁾

Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) – Depto de Psiquiatria –

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Endereço para correspondência:

Lígia Bonacim Duailibi

Rua Machado Bittercourt, 300 apto. 113

04044-000 Vila Clementino São Paulo (SP)

ligiaduailibi@uol.com.br

Resumo

Este artigo tem como objetivo sintetizar o perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. Foi construído por meio de revisão da literatura em base de dados (MEDLINE, LILACS e Biblioteca Cochrane), e no Banco de Teses da CAPES. Os dados foram agrupados em categorias temáticas, quais sejam: levantamentos domiciliares nacionais, populações específicas, perfil dos pacientes que procuram tratamento, mortalidade e morbidade. Dentro de cada categoria os principais achados da literatura nacional foram descritos e posteriormente discutidos. O artigo conclui que informações relacionadas ao consumo de cocaína e crack no Brasil ainda são incipientes, mas já temos à disposição da comunidade científica um conjunto teórico relevante que pode ser utilizado visando à atualização das atuais políticas públicas referentes a este tema.

Palavras-chave: cocaína/crack, perfil, usuários, revisão da literatura.

Abstract

This article has as objective synthesizes the profile of cocaine and crack users in Brazil. It was written through review of literature in database (MEDLINE, LILACS, COCHRANE LIBRARY and the bank of theses CAPES). The data were gathered in thematic categories, which are: national household surveys, specific populations, the patient who seek treatment profile, mortality and morbidity. Inside of each category the main findings of the national literature were described and later discussed. The paper concluded that information related to the cocaine consumption and crack in Brazil are still incipient, but we already have to the scientific community's disposition a relevant theoretical group that we can be used seeking to the updating of the current public policies regarding this theme.

Key-words cocaine/crack, profile, drug users, literature review

Introdução:

A cocaína é um estimulante do sistema nervoso central, extraída das folhas da planta *Erythroxylon coca*¹. Pode ser consumida sob a forma de cloridrato de cocaína, um sal hidrossolúvel, de uso aspirado ou injetado. Há, ainda, as apresentações alcalinas, voláteis a baixas temperaturas, que podem ser fumadas em “cachimbos” como o crack, a merla e a pasta básica da cocaína² e as formas não solúveis que podem ser modificadas, tornando-se “solubilizadas”, e que quando injetadas, apresentam graves consequências, tais como riscos maiores de abscessos, doenças mentais, HIV e Hepatite C.

Consumida milenarmente pelos povos pré-incaicos e pré-colombianos, a cocaína popularizou-se na Europa e Estados Unidos a partir do século XIX, na forma de tônicos gaseificados e vinhos³. O princípio ativo foi obtido em meados desse mesmo século, e, na virada para o século XX um grande contingente de usuários consumia a substância com propósitos médicos e recreativos⁴. O aparecimento de casos com complicações agudas e crônicas culminou com a proibição da substância nos principais países ocidentais, a partir dos anos 10 e 20^{5,6}.

Na transição para os anos 80, porém, a substância voltou a ganhar destaque entre as sociedades ocidentais, como uma droga glamorizada, sintonizada ao ambiente *workaholic* dos grandes centros urbanos. Este panorama, no qual a cocaína se tornara a principal atração, foi contrastado com o surgimento do crack, menos de dez anos depois. Desde então estas drogas coexistem em variadas proporções em diferentes cidades e contextos⁷. Esta apresentação, ao contrário da anterior, disseminou-se especialmente em locais socialmente excluídos, tendo os meninos em situação de rua e

os usuários de drogas injetáveis (UDIs) como seus principais adeptos ⁸. Tal mudança foi rapidamente detectada pelos serviços de atendimento ^{9,10}, bem como pela mídia ¹¹. Em meados dos anos 90, os usuários de cocaína e crack passaram a ser o grupo de usuários de drogas ilícitas que mais procuravam tratamento ambulatorial e serviços de internação para dependentes ⁹.

Devido a esse fenômeno, diversos estudos acerca do tema foram publicados durante o período acima mencionado. No entanto, pouco se sabe sobre o perfil dos usuários dessa substância. Visando reunir o conhecimento disponível sobre o assunto no Brasil, fizemos uma revisão da literatura, considerando os principais perfis sócio-demográficos dos usuários de cocaína e crack, desenhados a partir de levantamentos domiciliares e com populações específicas, bem como dentro das principais unidades de saúde. Por fim, o padrão de mortalidade, morbidade e *causa mortis* foi descrito em linhas gerais.

Materiais e Métodos

A apresentação dos perfis sócio-demográficos dos usuários de cocaína e crack brasileiros seguiu dois critérios estabelecidos pelos autores. O primeiro, traçou um perfil sócio-demográfico geral dos usuários de cocaína e crack, para em seguida investigar populações específicas e ambientes de tratamento, bem como as complicações decorrentes do uso. O segundo, dentro de cada tópico, apresentou os trabalhos de acordo com o seu grau de complexidade metodológica.

A localização dos artigos, teses e capítulos de livros brasileiros relacionados ao consumo de cocaína, englobou os trabalhos publicados partir de meados dos anos 80. As seguintes bases de dados foram consultadas: MEDLINE ¹², LILACS ¹³, OPAS ¹³, CEBRID ¹⁴ e o Banco de Teses da CAPES ¹⁵. Quanto às teses publicadas, os autores analisaram na íntegra os estudos realizados no estado de São Paulo. Quando as teses deram origem a artigos completos - indexados nas bases consultadas- priorizamos a apresentação dos artigos. Para os demais estados, foi consultado o resumo publicado no sítio da CAPES. Na vigência de dúvida acerca dos perfis da amostra, os autores das teses foram contatos via e-mail, a partir de seus currículos Lattes.

Em todas as bases de dados os descritores “cocaína”, e “crack” foram combinados com descritores relacionados ao tema do presente artigo: “histórico”, “perfil”, “epidemiologia”, “mulheres”, “adolescentes”, “meninos de rua”, “tratamento”, “violência” e “mortalidade”. A busca foi realizada em língua portuguesa e inglesa.

Resultados

Levantamentos Domiciliares Nacionais

Todos os levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional foram realizados pelo Centro de Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). Os primeiros estudos começaram a ser publicados no final dos anos 90. Em 1999, o CEBRID realizou um levantamento domiciliar abrangendo as 24 maiores cidades paulistas ¹⁶. Nesse, o uso na vida de cocaína foi de 2,1%, sendo maior na faixa etária entre 26 – 34 anos (4,0%). O uso de crack foi de 0,4%. Dois anos depois, o I levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2001)

entrevistou pessoas de 107 cidades, com mais de 200.000 habitantes ¹⁷. Nesse, o uso na vida de cocaína foi de 2,3%, sendo mais prevalente nas regiões Sul (3,6%) e Sudeste (2,6%), intermediário nas regiões Nordeste (1,4%) e Centro-Oeste (1,4%) e de menor prevalência na região Norte (0,8%). Novamente, a faixa etária de maior uso encontrava-se entre os 25 aos 34 anos (4,4%), com predominância masculina (7,2%). O uso na vida de crack foi de 0,7% para o sexo masculino e o uso de merla apareceu na região Norte com 1,0%, a maior do Brasil. A faixa etária de consumo mais elevado para ambas as substâncias ocorreu entre os jovens masculinos, com índice de 1,2% (crack) e 0,5% (merla) para homens entre 25 – 34 anos.

Populações Específicas

Estudantes de ensino fundamental e médio

Vários estudos foram elaborados por diferentes instituições, norteando realidades específicas e regionais. No entanto, os estudos epidemiológicos mais relevantes nesta população foram novamente realizados pelo CEBRID, totalizando cinco levantamentos (1987, 1989, 1993, 1997 e 2004). Nos quatro primeiros, foi entrevistada uma amostra aleatória de estudantes de 10 capitais ¹⁸ e no último levantamento, de 27 capitais brasileiras ¹⁹. Nesse, o uso na vida de cocaína entre os estudantes foi de 2%, sendo que na região norte atingiu 2,9%, sudeste 2,3%, centro-oeste 2,1%, sul de 1,7% e nordeste de 1,2%. Em relação aos quatro estudos anteriores, houve um aumento significativo do consumo de cocaína entre os estudantes das capitais nordestinas (Salvador, Recife e Fortaleza). No Sudeste, apenas São Paulo manteve a tendência dos últimos levantamentos, com aumento do consumo em Belo Horizonte e

Rio de Janeiro. Não houve alteração da frequência do consumo de cocaína entre os estudantes de Curitiba e Porto Alegre.

Outro levantamento nacional entrevistou uma amostra probabilística de 50.740 alunos, provenientes de 673 escolas públicas e privadas do ensino fundamental e médio de 14 capitais brasileiras: Belém, Brasília, Cuiabá, Florianópolis, Fortaleza, Goiânia, Maceió, Manaus, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo, Vitória, (2001) ²⁰. O consumo na vida de cocaína foi de 1%, o crack e a merla, com proporções de 0,5% e, em último lugar, as drogas injetáveis, com um percentual de 0,3%. O estudo detectou que o consumo é mais prevalente e freqüente entre os meninos, que aumenta com o avançar da idade (ambos os sexos). Além dos levantamentos nacionais, alguns trabalhos procuraram mensurar o consumo de drogas em alguns municípios brasileiros, encontrando taxas para uso na vida entre 1 e 3,5% (**Tabela 1**).

Universitários

A maioria das publicações científicas avaliou estudantes de Medicina (**Tabela 2**). De modo geral, o usuário de cocaína nas universidades pesquisadas é homem, entre 20 e 24 anos, solteiro, empregado, morando com amigos ou sozinho, sem credo ou prática religiosa e com diálogo insatisfatório com seus pais, principalmente com a mãe. Alguns dos fatores de risco para o consumo nessa população foram: ter pais e amigos que usam drogas, o uso de drogas antes de entrar na universidade, trabalhar, baixo rendimento escolar, curso e lugares que freqüentam na universidade e atitude aprovadora quanto ao uso ou experimentação regular de maconha, por qualquer pessoa

32, 35,36, 40-42

Crianças e adolescentes em situação de rua

O V Levantamento Nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes (10 – 18 anos) em situação de rua nas *27 capitais brasileiras*, realizado pelo CEBRID (2002)⁴⁷. As maiores taxas de uso de cocaína intranasal no último mês foram encontrados no Rio de Janeiro (45,2%), São Paulo (31,0%), Boa Vista (26,5%), Brasília (23,9%) e Recife (20,3%). O uso recente de cocaína injetável foi mencionada por apenas oito entrevistados (n=2807), com maior frequência em Salvador (n=3). O uso freqüente de crack foi mencionado na maioria das capitais. Os maiores taxas de uso recente ocorreram em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória, variando entre 15 e 26%. Em São Paulo, a sua forma predominante de consumo foi o “mesclado” (crack e maconha confeccionados na forma de cigarros). O uso na vida de merla foi mencionado em 18 capitais. O uso recente dessa apresentação foi relatado em Brasília (19,3%), Goiânia (17,1%), Maranhão (15,5%) e Boa Vista (10,3%).

O crack, nas crianças e adolescentes em situação de rua, começou a ser utilizado no final dos anos 80, especialmente nos estados do sul e sudeste. A tendência de aumento das frequências de consumo foi progressiva, constatada nos levantamentos consecutivos (1987, 1989, 1993, 1997 e 2003). Tal achado também foi observado em outros estudos^{48,49}. Em São Paulo houve aumento do consumo entre 1989 e 1993, em Porto Alegre entre 1993 e 1997 e no Rio de Janeiro o consumo que já era elevado em 1993, acentuou-se ainda mais entre 1997 e 2003. No nordeste cujo consumo de cocaína-crack era insignificante até 1997 (em torno de 1%), apresentou crescimento significativo de sua frequência em 2003, em Fortaleza, atingindo 10,3% e em Recife

chegando a 20,3%, sugerindo um aumento na disponibilidade de derivados da coca nesta região.

Comportamento sexual de risco

O consumo de cocaína e crack tem sido diretamente associado à infecção pelo HIV ^{50,51}. Os comportamentos de risco mais frequentemente observados nessa população são o número elevado de parceiros, o sexo sem proteção e a troca de sexo por crack ou por dinheiro para comprar a substância ^{51,52}. Nesse sentido, um estudo com 388 adolescentes predominantemente do sexo feminino, entre 13 e 20 anos, que procuraram espontaneamente serviços públicos de *Porto Alegre (RS)* (2001) para realizar o teste anti-HIV, os relatos de relação sexual com parceiro sem preservativo e de troca de sexo por drogas se mostraram diretamente associados aos casos de soropositividade diagnosticados ⁵³. Outro estudo nessa cidade acompanhou durante dezoito meses 138 usuários de cocaína, visando investigar a incidência de infecção pelo HIV neste período. Ao término da investigação, os autores apontaram a via sexual como o modo primário de transmissão entre esses usuários ⁵⁴. Em Mato Grosso, um estudo comparativo entre pacientes portadores do HIV e doadores de sangue saudáveis de *Cuiabá*, observou que o número elevado de parceiros, baixa escolaridade e o uso de cocaína nos últimos seis meses constituíam fatores de risco independentes para a infecção pelo HIV ⁵⁵.

Um estudo realizado no *Rio de Janeiro* entrevistou 675 homens na faixa etária 18 e 50 anos, com sorologia negativa para o HIV e antecedente de sexo com homens nos últimos seis meses ⁵⁶. O estudo observou que a vulnerabilidade à infecção pelo HIV estava associada à pobreza, baixo nível de instrução e uso de drogas, especialmente

a cocaína e o crack. Outro estudo com usuários de crack predominantemente do sexo masculino em *Campinas (SP)* detectou a presença do HIV em 11% dos usuários, relacionando o uso de crack e a prática de sexo sem proteção ao risco de infecção pelo vírus ⁵⁷.

Num estudo do comportamento das mulheres que fazem troca de sexo por crack, realizado por Nappo et al. ⁵¹ na cidade de São Paulo e São José do Rio Preto em 2004, com um estudo qualitativo com uma amostra de 75 indivíduos (n=75), selecionados através da técnica de bola de neve, as entrevistadas eram predominantemente jovens, mães, com baixa escolaridade, vivendo com a família (pais ou companheiros) e provedoras de suas casas. A maioria fazia sexo por crack diariamente (média de 1 – 5 programas), não escolhia o parceiro, o tipo de sexo praticado e não valorizava o uso de preservativos. Em outro estudo com prostitutas da região da “Cracolândia” (centro de São Paulo-SP) observou-se comportamento de risco semelhante⁵⁸. Da mesma forma, na região portuária de Santos (SP), 1047 prostitutas entrevistadas entre 1995 e 1998, apresentaram uma interação positiva entre a presença do consumo de crack e drogas injetáveis e uma prevalência maior do HIV ⁵⁹.

Apesar da prática da troca de sexo por drogas ser mais freqüente em mulheres, tal comportamento também ocorre em homens, independentemente da orientação sexual ⁶⁰. Não foram encontrados estudos nacionais específicos sobre esse tema, porém um estudo com 13 michês, 53 travestis e 449 prostitutas de Ribeirão Preto (SP), os autores constataram que o consumo de crack e cocaína injetável aumentava sensivelmente o risco de infecção pelo HIV. Dentro dos três grupos, houve casos de prostituição com a finalidade única de obter as drogas ⁶¹.

Usuários de drogas injetáveis (UDIs)

A transmissão da AIDS pelo uso de drogas injetáveis atinge principalmente indivíduos com baixa escolaridade e poder aquisitivo. Um estudo paulista revisou todos os casos de AIDS em mulheres com 10 anos ou mais de idade, no Estado de São Paulo, entre 1983/1992 e observou que a contaminação pelo uso de drogas injetáveis foi mais prevalente entre mulheres com baixa escolaridade, enquanto a transmissão sexual predominava nas mulheres com escolaridade mais alta e ocupações diferenciadas ⁶².

Em um estudo com 839 usuários de cocaína de sete serviços de tratamento para dependência química, em São Paulo (SP), entre 1997/1998, aqueles com antecedentes de uso de drogas injetáveis apresentam quase 26 vezes mais chance de terem três ou mais infecções, em comparação com os não-usuários ⁶³. A associação entre uso de cocaína injetável e risco de infecção pelo HIV também foi evidenciada por três estudos paulistas ⁶⁴⁻⁶⁶ e um em Porto Alegre (RS) ⁶⁷.

Outro estudo brasileiro com essa população (Projeto Brasil) selecionou, pela técnica da bola de neve, 668 UDIs de sete cidades brasileiras: Santos, Salvador, Rio de Janeiro, Itajaí, Corumbá, Cuiabá e Goiânia. A seleção de amostra foi feita entre os anos de 1993 – 1996⁶⁸. A cocaína foi a droga injetável de preferência desses usuários (92%). De modo geral, todos consumiam drogas pela via endovenosa há dez anos, sendo que 57% utilizaram-na nos últimos dois meses. Em média eram feitas sete aplicações diárias e a grande maioria relatou reutilizar o equipamento de injeção (83%) e compartilhar seringas (71%). A troca de sexo por drogas foi relatada por 38% dos

usuários. As taxas de infecção pelo HIV variaram de 30% (Rio de Janeiro e Centro-Oeste) a 70% (Santos e Itajaí).

Visando a acompanhar a evolução das tendências das taxas de infecções dos UDIs pelo HIV, bem como seu padrão de consumo, Mesquita et al realizaram um estudo comparativo entre grupos, com amostragem de usuários de Santos (SP), entrevistados durante os períodos de 1991 – 1992 (n = 214), 1994 – 1996 (n = 135) e 1999 (n = 108) ⁶⁹. Os autores notaram um decréscimo do uso freqüente (cinco ou mais vezes ao dia) de cocaína injetável (42%, 30% e 15%) (p <.001), à custa de um aumento do consumo de crack (11%, 60% e 67%) (p <.001). A transição de vias de administração pode ter contribuído para a redução das taxas de infecção pelo HIV no período (63%, 65%, 42%) (p <.001). Os usuários de drogas injetáveis também estão expostos a outras doenças, além da AIDS, merecendo destaque a tuberculose ⁷⁰⁻⁷¹ e a hepatite C ⁷²⁻⁷³.

Usuários de crack

A primeira investigação sobre o consumo de crack no Brasil foi um estudo etnográfico realizado no município de São Paulo, com 25 usuários vivendo na comunidade ⁸. Os autores relataram que o aparecimento da substância e a popularização do consumo tiveram início a partir de 1989. Perfil dos pesquisados: homens, menores de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade e poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas.

De acordo com o mesmo estudo, os usuários de crack , quando comparados aos usuários de cocaína intranasal, pareciam possuir um padrão mais grave de consumo, maior envolvimento em atividades ilegais, maior risco de efeitos adversos ao uso de cocaína, maior envolvimento em prostituição e maiores chances de morar ou ter morado na rua. Além disso, tinham mais problemas sociais e de saúde do que os usuários de cocaína intranasal ⁶⁵. Nos últimos anos, entre as pessoas de renda mais elevada, começou-se a observar a presença de usuários de crack, apesar da maior prevalência desta droga ainda ocorrer nas classes sociais de menor poder aquisitivo ⁷⁴.

Habitualmente, o usuário de crack é poliusuário ou tem antecedente de consumo de outras substâncias ^{8,65-66}. Avaliando o histórico dos pacientes menores de 30 anos, o início do uso de substâncias psicoativas geralmente ocorre com drogas lícitas (tabaco e álcool), em idade precoce e de modo pesado ^{65,75}. A maconha costuma ser a primeira droga ilícita⁷⁶. Entre os mais velhos, o consumo de cocaína aspirada e de medicamentos e cocaína injetável também antecedem o uso de crack. Usuários que fazem uso tanto de crack, quanto de cocaína intranasal, tendem a iniciar o uso mais cedo do que aqueles que utilizam apenas uma das apresentações ⁷⁵. Geralmente, a primeira experiência com a substância acontece pela via intranasal, progredindo para o crack posteriormente ⁷⁵.

Perfil dos pacientes que procuram tratamento

O padrão de consumo dos usuários de cocaína e crack em tratamento parece ser mais pesado em relação aos usuários fora de tratamento ⁶⁵. A busca por tratamento parece ser mais precoce entre os usuários de crack, em comparação aos de cocaína

intranasal ^{65,77}. Tais pacientes com frequência utilizam outras drogas, especialmente o álcool, o tabaco e a maconha ^{65,66,77}.

Tratamento ambulatorial

Os serviços ambulatoriais especializados detectaram o crescimento do consumo a partir do início dos anos 90. Em meados da mesma década, os usuários de cocaína e crack, que compunham inicialmente menos de um quinto da demanda ambulatorial para drogas ilícitas, passaram a ocupar entre 50 - 80% das vagas dessas unidades de saúde ⁷⁸⁻
84

Dois estudos transversais com dependentes de cocaína e crack, acompanhados em diversos ambientes terapêuticos (ambulatórios, clínicas e albergues) de São Paulo (SP) ^{65,77}, encontraram um perfil sócio demográfico semelhante ao descrito para os usuários de crack na comunidade ^{8,77}. Estudos paulistas e cariocas com usuários de crack provenientes de um único serviço ^{8,65,77,78-85}, chegaram a resultados semelhantes quanto aos perfis de usuários destas duas substâncias.

Internação

Assim como nos serviços ambulatoriais, as internações relacionadas ao consumo de cocaína também começaram a aumentar a partir dos anos noventa. De acordo com publicações do CEBRID, nos primeiros anos da década de noventa, houve um aumento de 77% no número de pacientes internados por esse motivo, sendo responsável por 14%

das internações por uso de drogas (exceto álcool) em 1989, chegando a 25%, em 1992

86.

A dependência de crack é a causa mais freqüente de internação por uso de cocaína. Em um estudo transversal realizado com 440 pacientes de seis hospitais psiquiátricos da *Grande São Paulo* em 1997-1998, 70% dos pacientes internados por problemas com cocaína eram usuários de crack⁸⁷. Esta também foi a substância mais consumida entre 406 pacientes internados para tratamento por dependência de drogas ilícitas no município de *Marília (SP)*, com freqüências variando entre 62,9% para os homens e 87,5% entre as mulheres⁸⁸. Da mesma forma, um estudo retrospectivo em *Curitiba (PR)* investigou prontuários de adolescentes (10 – 20 anos) internados por dependência química (n=682)⁸⁹. Entre esses, o crack era a segunda substância mais frequentemente utilizada (49%), com proporções decrescentes do consumo de substâncias como o álcool (39%) e a cocaína intranasal (29%). Por outro lado, um estudo com pacientes dependentes de cocaína internados em *Porto Alegre (RS)*, detectou que apenas um terço desses indivíduos era usuário de crack⁹⁰.

Os usuários de crack internados apresentam piores índices sociais se comparados aos usuários de cocaína inalada⁶⁵. Além disso, é mais provável que o dependente de crack já tenha utilizado outras vias de administração, inclusive a injetável, expondo-o a um maior risco de infecção pelo HIV e hepatite C^{65, 91-92}.

Comorbidades

A presença de um segundo diagnóstico psiquiátrico é comum entre os usuários de cocaína e crack ⁹³. A depressão e os transtornos ansiosos são as comorbidades psiquiátricas mais frequentemente observadas em estudos brasileiros com esses usuários ⁹⁴⁻⁹⁵.

A presença da comorbidades aumenta a gravidade de ambas patologias: um estudo realizado com 50 pacientes internados em *Porto Alegre (RS)* encontrou correlação significativa entre os sintomas de depressão e ansiedade e a gravidade da dependência ⁹⁶. Da mesma forma, um estudo de caso-controle, com 208 usuários de cocaína do *Rio de Janeiro (RJ)*, observou que a presença de comorbidades aumentava o risco de uso nocivo de cocaína, sendo a dependência de álcool o transtorno mais frequentemente associado ao desenvolvimento futuro do abuso/dependência de cocaína ⁹⁷. Por fim, num estudo de seguimento no *Rio de Janeiro (RJ)* com 119 usuários de pasta-base de cocaína, observou-se que apesar dos pacientes apresentarem um elevado índice de depressão, parte dos sintomas depressivos desaparecia após a resolução dos sintomas de abstinência, salientando a importância de um período de abstinência para a obtenção de um diagnóstico mais acurado ⁹⁸.

Complicações agudas

Os usuários de cocaína, independentemente da via de administração utilizada, estão sujeitos a reações adversas e complicações relacionadas ao consumo: em um estudo com 332 usuários de cocaína de diferentes unidades de saúde (ambulatórios, clínicas e albergues) da cidade de *São Paulo* (1999) ⁹⁹, metade desses referiu algum tipo de reação adversa decorrente do consumo, tais como calor e rubor (84%), tremores incontroláveis

(76%) e mal-estar (75%). Convulsões (18%) e desmaios (21%) foram as complicações agudas mais frequentemente relatadas pelos participantes. Tais complicações foram mais prevalentes em usuários regulares, especialmente entre aqueles fora de tratamento, com antecedente de uso de cocaína injetável, com diagnóstico de dependência grave e uso concomitante de benzodiazepínicos. A overdose também parece ser uma complicação recorrente: em um estudo com 396 usuários de cocaína do município de Santos (SP) ¹⁰⁰, 20% relataram um ou mais episódios de overdose e 50%, conheciam alguém vitimado por esse tipo de intercorrência.

Fatores preditivos de abandono e adesão do tratamento

Entre todos dependentes de substâncias psicoativas que buscam tratamento, o usuário de cocaína e crack é o que possui as maiores frequências de abandono. Evidências apontam como fatores preditivos de abandono: existência de problemas legais, baixo nível de habilidades sociais (*coping skills*), perda dos pais na infância, diagnóstico de transtorno mental na família e transtorno por dependência de álcool associado ⁸⁹⁻⁹³. O usuário de crack parece estar mais propenso a abandonar o tratamento do que o usuário de cocaína intranasal ^{65,77}.

Quanto os fatores de adesão, há relação positiva entre multiplicidade de propostas de atendimento (farmacoterapia, encaminhamento a grupos de ajuda mútua, atendimento às mães, atendimento de família, atendimento médico geral) e melhor adesão terapêutica ^{101,102}. Isso reforça a idéia de que os usuários de cocaína e crack necessitam de abordagens mais intensivas e prolongadas em relação aos outros dependentes. Os serviços especializados para o atendimento a mulheres parecem ser

mais eficazes para o tratamento da dependência de álcool, do que para o uso de cocaína e crack, possivelmente devido à heterogeneidade do segundo grupo ¹⁰³. A presença de comorbidades ^{102,104} psiquiátricas está associada a um pior prognóstico dentre os usuários de drogas. Produzindo uma evidência contrária, um estudo com usuários de cocaína e crack internados para tratamento na cidade de *Pelotas (RS)*, entre 1998 – 2000, concluiu que a presença da associação entre depressão maior e dependência de cocaína aumentava a adesão dos portadores de ambas ao tratamento instituído ¹⁰⁵.

Mortalidade

Os usuários de cocaína e crack parecem ser especialmente vulneráveis às mortes por causas externas. Em um estudo de seguimento de cinco anos com 131 usuários de crack internados em uma enfermaria de desintoxicação em São Paulo (SP), 23 (18%) desses morreram no decorrer do estudo ^{66,106}. A taxa de mortalidade anual entre os usuários de *crack* internados no HGT (1992-1994) mostrou-se elevada (2,5%), superando em mais de sete vezes a mortalidade geral do município de São Paulo nesse período. A maioria dos pacientes mortos era composta por homens menores de 30 anos, solteiros e com baixa escolaridade. As causas externas foram responsáveis por 69,6% dos óbitos (n=16) – treze por homicídio (56,6%), duas por *overdose* (8,7%) e houve um caso de morte por afogamento (4,3%). As causas naturais foram responsáveis por 30,4% dos óbitos (n=7) – seis devido à infecção pelo HIV (26,1%) e um pelo vírus da hepatite B (4,3%). O uso pregresso de drogas injetáveis, o desemprego, a presença de tratamentos anteriores foram considerados fatores de risco de morte na amostra estudada.

Discussão

Apesar de escassas e pontuais, as publicações acerca do consumo de cocaína no Brasil permitem a visualização de aspectos relevantes, bem como de lacunas que ainda carecem de estudos específicos.

De maneira geral, nota-se que os derivados de cocaína são consumidos por uma parcela reduzida da população brasileira (2,3%), especialmente nas regiões Sul e Sudeste. O consumo é mais prevalente entre jovens e adultos jovens do sexo masculino. As apresentações para uso fumado sofrem importantes variações regionais, sendo o crack mais prevalente no Sul – Sudeste e a merla, na região Norte¹⁶⁻¹⁷.

Tendo em vista que o primeiro episódio de consumo acontece durante a adolescência, os levantamentos epidemiológicos com estudantes são importantes termômetros do consumo de substâncias psicoativas. Tal fenômeno parece ser mais provável dentro de contextos marcados pela defasagem escolar, falta às aulas, baixo nível socioeconômico, relacionamento ruim com os pais e/ou pais permissíveis ao uso, pais separados, presença de maus tratos, ausência de prática religiosa^{19,20,28}.

Entre os universitários, o número escasso de estudos e de estudantes investigados impede qualquer conclusão acerca de um perfil preciso de usuários para essa população – levantamentos mais abrangentes são ainda necessários. Entre os principais estudos^{32,35-36,40-42}, a influência de amigos e permissividade familiar, aliado ao estilo de vida mais independente do universitário, figuraram como fatores de risco

importantes para o uso, sugerindo que esses campos devam ser abordados tanto na prevenção, quanto no tratamento a essa população.

Entre as crianças e adolescentes em situação de rua, o consumo de crack, deu-se no final dos anos 80, especialmente nos estados da região sul e sudeste. A tendência de aumento foi progressiva, constatada ao longo de levantamentos consecutivos (1987, 1989, 1993, 1997 e 2003). No nordeste, o consumo de cocaína-crack era insignificante até 1997 (em torno de 1%), teve um incremento chegando a 10,3% na cidade de Fortaleza em 2003 e a 20,3% em Recife, sugerindo um aumento na disponibilidade de derivados da coca nesta região. Os resultados confirmam que as diferenças regionais entre consumo e disponibilidade destas substâncias entre sudeste e nordeste, já não são tão marcantes desde 2003. Vale ressaltar a mudança de padrão de consumo de crack em São Paulo para a forma de mesclado ⁴⁷.

Mesmo atingindo uma pequena parcela da população, um aspecto relevante do consumo de cocaína e crack é a infecção pelo HIV e outras DSTs ⁵⁶⁻⁵⁷, tendo em vista que boa parte dos estudos nacionais ressaltou que o consumo da substância seria responsável pelo aumento do risco de adquirir estas infecções, seja pelo número elevado de parceiros e sexo sem proteção ⁵², seja pela troca de sexo por crack ou por dinheiro para comprar a substância ⁵¹⁻⁵³. Apesar de apresentar sinais de diminuição ao longo dos últimos anos ⁶⁹, o uso injetável de cocaína parece ainda atingir populações com baixa escolaridade e poder aquisitivo, cujas idiossincrasias necessitam de abordagens específicas, capazes de reduzir danos e garantir o acesso à saúde a esses indivíduos ^{68,69}.

Entre as drogas ilícitas, talvez tenha sido o crack a substância cuja demanda por tratamento mais aumentou nos últimos anos ⁸⁶. O perfil de seus consumidores: jovem, desempregado, com baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo, proveniente de famílias desestruturadas ⁷⁴, com antecedentes de uso de drogas injetáveis¹⁰⁶ e comportamento sexual de risco ^{68,69}, torna-o um indivíduo de difícil adesão ao tratamento, com necessidade de abordagens mais intensivas e apropriadas para cada fase terapêutica ¹⁰⁷. Outras dificuldades encontradas pelo usuário de cocaína e crack para a busca e adesão ao tratamento é o não reconhecimento do consumo como um problema, passando pelo status ilegal e a criminalidade relacionada a estas drogas, pela estigmatização e preconceitos, pela falta de acesso ou não aceitação dos tipos de serviços existentes ¹⁰⁸. Entre os fatores que promovem melhor adesão estão: a farmacoterapia, o encaminhamento a grupos de ajuda mútua, o atendimento às mães e familiares e o atendimento médico geral ^{101,102}.

A presença de comorbidades psiquiátricas é comum entre usuários de cocaína/crack e agrava o prognóstico de ambas as doenças. ^{97,102,104} O diagnóstico diferencial da presença ou não de co-morbidades sempre se faz necessário. ⁹⁸ As complicações agudas relacionadas ao uso destas drogas - independentemente da via de administração - são mais prevalentes em usuários regulares, especialmente naqueles fora de tratamento, com antecedente de uso de cocaína injetável, com diagnóstico de dependência grave e uso concomitante de benzodiazepínicos ⁹⁹. Por fim, a mortalidade mostrou-se eminentemente relacionada a causas externas, em especial a mortes violentas ^{66,106}.

As informações relacionadas ao consumo de cocaína e crack no Brasil ainda estão aquém do desejável, especialmente quando se vislumbram ações de política pública orientadas por evidências científicas e capazes de atender a todas as particularidades relacionadas à prevenção e tratamento do uso abusivo dessas substâncias. Por outro lado, observou-se nos últimos vinte anos uma produção crescente de conhecimento científico acerca do tema, de forma consistente e com abrangência de vários aspectos ligados ao consumo destas drogas. Novos estudos epidemiológicos e levantamentos são necessários em todos os campos apresentados, mesmo considerando que a informação apresentada no presente artigo já demonstre um panorama norteador para essa população.

Referências

1. Ribeiro-Araújo M, Laranjeira R, Dunn J. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. *J Bras Psiquiatr* 1998; 47(10): 497-511.
2. Benowitz NL. How toxic is cocaine? In: Ciba Foundation. Cocaine: scientific and social dimensions. Chichester: John Wiley & Sons; 1992.
3. Karch SB. Celebrity drug endorsements. In: Karch SB. A brief history of cocaine. Boca Raton: CRC Press; 1998.
4. Ferreira PEM & Martini RK. Cocaína: lendas, história e abuso. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(2): 96-9.
5. Carneiro BHS. A vertigem dos venenos elegantes [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1993.
6. Carlini EA, Notto AR, Galduróz JC, Nappo AS. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. *J Bras Psiquiatr* 1996; 45(4):227-36.
7. Bieleman, B., Diaz, A., Merlo, G., and Kaplan Ch.D. (1993). Lines across Europe: Nature and extent of cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turin. Swets and Zeitlinger.
8. Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Uso do “crack” em São Paulo: fenômeno emergente? *Rev ABP-APAL* 1994; 16 (2): 75-83.
9. Dunn J, Laranjeira R, 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): 519-27.
10. Carlini EA, Nappo AS, Galduróz JC. A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. *Rev ABP-APAL* 1993; 15(4): 121-7.

11. Uchôa MA. Crack: o caminho das pedras. São Paulo: Editora Ática; 1996.
12. PUBMED [online]. MEDLINE. Apresenta os artigos indexados pela National Library of Medicine (NLM). Rockville; 2006 [citado 2006 Abr 08]. Disponível em: URL: <http://www.pubmed.com>.
13. BVS [online]. Biblioteca Virtual em Saúde / BIREME. Disponibiliza as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). São Paulo; 2006 [citado 2006 Abr 08]. Disponível em: URL: <http://www.bireme.br>.
14. CEBRID [online]. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Apresenta trabalhos brasileiros relacionados ao uso de substâncias psicoativas. São Paulo; 2006 [citado 2006 Abr 08]. Disponível em: URL: <http://www.cebrid.epm.br>.
15. CAPES [online]. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Apresenta teses de mestrado e doutorado publicadas no Brasil. Brasília; 2006 [citado 2006 Abr 08]. Disponível em: URL: <http://www.capes.gov.br>.
16. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas – parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo (1999). São Paulo: FAPESP/CEBRID; 2000.
17. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2001). São Paulo: SENAD/CEBRID; 2002.
18. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras (1997). São Paulo: ABIFARMA / AFP / COFEN / CEBRID; 1997.

19. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras- 2004. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2005.
20. Abramovay M & Castro MG. Drogas nas escolas – versão resumida. Brasília: UNESCO; 2005.
21. Boskovitz EP. Levantamento do uso de drogas psicotrópicas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de São José do Rio Preto – SP [tese]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 1999.
22. Muza GM, Bettiol H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP(Brasil). I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. Rev Saúde Pub 1997; 31(1): 21-9.
23. Guimarães JL, Godinho PH, Cruz R, Kappann JI, Tosta-Junior LA . Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. Rev Saúde Pub 2004; 38 (1): 130-2.
24. Vieira DL. Álcool: acesso, uso e conseqüências – um levantamento com estudantes dos ensino fundamental e médio da cidade de Paulínia (SP) [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.
25. Soldera M, Dalgarrondo P, Corrêa-Filho HR, Silva CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. Rev Saúde Pub 2004; 38(2): 277-83.
26. Godoi AMM; Muza GM, Costa MP, Gama MLT. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de rede privada. Rev Saúde Pub 1991; 25(2): 150-6.

27. Souza DPO & Martins DTO. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. Cad. Saúde Pub 1998; 14(2): 391-400.
28. Almeida AMT. II Levantamento epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - MT, 1997 [tese]. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso; 1999.
29. Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. Rev Saúde Pub 2002; 36(1): 40-46.
30. Tavares BF, Beria JU, Silva de Lima M. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. Rev Saude Pub 2001; 35(2):150-8.
31. Deitos FT, Santos RP, Pasqualotto AC, Segat FM, Guilande S, Benvegnú LA. Prevalência do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas em estudantes de uma cidade de médio porte no sul do Brasil. Inf. Psiquiatr 1998; 17(1)11-6.
32. Magalhães MP, Barros RS, Silva MTA. Uso de drogas entre universitários: a experiência com maconha como fator delimitante. Rev. ABP-APAL 1991;13(3):97-104.
33. Andrade AG, Bassit AZ, Mesquita AM, Fukushima JT, Gonçalves EL. Prevalência do uso de drogas entre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1991-93). Rev ABP-APAL 1995; 17(2):41-6.
34. Andrade AG, BassitAZ, Kerr-Corrêa F, Tonhon AA, Boscovitz EP, Cabral M, Rassi R, Potério GM, Marcondes E, Oliveira MPMT, Duailibi K, Fukushima JT. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. Rev. ABP-APAL 1997;19(4):117-26.
35. Queiroz S. Fatores relacionados ao uso de drogas e condições de risco entre alunos de graduação da usp [tese]. Faculdade de Saúde Pública (USP); 2000.

36. Barria ACR, Queiroz S, Nicastri S, Andrade AG. Comportamento do universitário da área de biológicas da Universidade de São Paulo, em relação ao uso de drogas. *Rev Psiq Clin* 2001; 27(4):215-24.
37. Fabris MB. Características sócio-econômicas, psicológicas, padrões de consumo de substâncias psicoativas e percepção de risco para doenças sexualmente transmissíveis em estudantes recém-admitidos numa universidade privada no interior paulista [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio De Mesquita Filho (UNESP); 2002.
38. Ribeiro MS, Ronzani FAT, Alves MJM. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina da UFJF. *J Bras Psiquiatr* 1997; 46(12):631-618.
39. Pereyra WJF, Brito AO, Oliveira CHC, Silva FAFR, Canela GGC, Gontijo GHS, Petroianu A. Avaliação do uso de drogas por estudantes de medicina. *Rev Méd Minas Gerais* 2000; 10(1):8-12.
40. Plotnik R, Azmus AD, Tannhauser M, Tannhauser SL. Utilização de psicotrópicos por estudantes universitários. *Pesq Méd (Porto Alegre)* 1986;20(2):109-13.
41. Brenes LFVarela, Hammes MF, Solé MTV, Hein R, Ramil KAA. Drogas ilícitas entre universitários. *Rev AMRIGS* 1986;30(2):140-3.
42. Albino M, Borges V, Büchele F. Perfil Epidemiológico sobre drogas lícitas e ilícitas dos estudantes universitários do Campus Unidade Pedra Branca – UNISUL. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(2):5-25.
43. Souza FGM, Landim RM, Perdigao FB, Moraes RM, Carneiro-Filho BA. Consumo de drogas e desempenho acadêmico entre estudantes de medicina no Ceará. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 1999;26(4):188-94.
44. Torres R. Perfil epidemiológico do uso de drogas entre universitários da área da saúde [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2002.

45. Coelho MEA. O uso de drogas entre estudantes universitários da área da saúde: uma proposta de Educação em Saúde [tese]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2002.
46. Canuto MHA. Uso e Abuso de Drogas Lícitas e Ilícitas em Jovens do 1º Ano da Universidade Federal de Goiás [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
47. Noto AR, Galduróz JCF, Nappo AS, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG, Carlini EA. Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003. São Paulo: SENAD / CEBRID; 2003.
48. Campos R, Raffaelli M, Ude W, Greco M, Ruff A, Rolf J, Antunes CM, Halsey N, Greco D, Street Youth Study Group. Social networks and daily activities of street youth in Belo Horizonte, Brazil. *Child Dev* 1994; 65: 319-30.
49. Figueroa ARM. Uso de drogas por meninos de rua, uma abordagem psicossocial [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1990.
50. Malbergier A. Transtornos psiquiátricos em usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV. *J Bras Psiquiatr* 1998; 48(6): 253-62.
51. Nappo AS, Sanchez ZM, Oliveira LG, Santos AS, Coradete Júnior J, Pacca JCB, Lacks V. Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de Crack em relação às DST/AIDS. São Paulo: CEBRID; 2004.
52. Brasiliano S, Hochgraf PB, Torres RS. Comportamento sexual de mulheres dependentes químicas. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(suppl.2): 05-25.
53. Bassols AMS. Adolescência e infecção pelo HIV: situação de risco e proteção, auto-estima e sintomatologia psiquiátrica [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.

54. Pechansky FI, von Diemen LI, Kessler FI, Hirakata VI, Metzger DII, Woody G. Incidência de infecção por HIV entre abusadores de cocaína em Porto Alegre. Rev. Bras. Psiquiatr 2002; 24(supl.2): 5-25.
55. Silva AMC. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissível em Cuiabá, Mato Grosso [tese]. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso; 1999.
56. Souza CTV. Características sociodemográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do Projeto Rio [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
57. Azevedo RCS. Usuários de Cocaína e Aids: Um estudo sobre comportamento de risco [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2000.
58. Silva SL. Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo (USP); 2000.
59. Silva NG. Fatores associados à infecção por HIV entre trabalhadoras do sexo na cidade de Santos. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
60. Weiser SD, Dilworth SE, Neilands TB, Cohen J, Bangsberg DR, Riley ED. Gender-specific correlates of sex trade among homeless and marginally housed individuals in San Francisco. J Urban Health 2006; 83(4):736-40.
61. Passos ADC, Figueiredo JFC. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. Rev Panam Salud Publica 2004; 16(2): 95-101.
62. Santos NJS. As mulheres e a AIDS [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo; 1994.
63. Turchi MD. Perfil de risco e estimativa de ocorrência de infecções de transmissão sangüínea ou sexual - HIV, Hepatite B, Hepatite C, HTLV I/II e Sífilis - entre

- usuários de cocaína, em São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
64. Dunn J, Laranjeira RR. HIV-risk behaviour among non-heroin using cocaine injectors and non-injectors in Sao Paulo, Brazil. *AIDS Care* 2000; 12(4):471-81.
 65. Ferri CP. Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.
 66. Ribeiro M. Seguimento de cinco anos com usuários de crack: evolução dos padrões de consumo, sociodemográficos e de mortalidade [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
 67. Barcelos NT. Prevalência e fatores de risco para infecção pelo HIV em uma população de indivíduos testados em centros de aconselhamento no sul do Brasil [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
 68. Carvalho HB, Bueno R, Projeto Brasil. Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras. In: Mesquita F & Seibel S [orgs.]. *Consumo de drogas – desafios e perspectivas*. São Paulo: Hucitec; 2000.
 69. Mesquita F, Kral A, Reingold A, Bueno R, Trigueiros D, Araujo PJ; Santos Metropolitan Region Collaborative Study Group. Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 28(3): 298-302.
 70. Carvalho ACC. Prevalência de infecção e doença tuberculosa entre usuários de drogas injetáveis da cidade do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1996.
 71. Ferreira Filho OF. Estimativa da prevalência de tuberculose infecção e doença entre usuários de cocaína, internados em alguns serviços hospitalares da Grande São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.

72. Galperim B. Prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C em pacientes internados em unidade de dependência química. Porto Alegre: Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre; 2000.
73. Motta TQR. Co-Infecção HIV/VHC: estudo da prevalência e da evolução clínica e mortalidade em pacientes co-infectados atendidos em Vitória-Es. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2003.
74. Nappo SA, Galduroz JC, Raymundo M, Carlini EA. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in Sao Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs* 2001; 33(3): 241-53.
75. Guindalini C, Vallada H, Breen B, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: Do they represent a different group? *BMC Pub Health* 2006; 6:10.
76. Sanchez ZVDM, Nappo SA. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (4): 420-30.
77. Dunn J, Laranjeira R. Cocaine - profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. *Substance Use & Misuse* 1999; 34(11): 1527-48.
78. Bastos FIM, Lopes CS, Dias PRTP, Lima ES, Oliveira SB, Luz TP. Perfil de usuários de drogas: I. Estudo de características de pacientes do NEPAD/UERJ - 1986/1987. *Rev ABP-APAL* 1988; 10(2): 47-52.
79. Silveira Filho D, César AC. Perfil de usuários de drogas: caracterização dos pacientes atendidos no ambulatório do PROAD/EPM em 1989. *Rev ABP-APAL* 1991; 13(1): 39-42.
80. Castel S, Malbegier A. Farmacodependências: estudo comparativo de uma população atendida em serviço especializado: 1984-1988. *Rev ABP-APAL* 1989; 11(3): 126-32.

81. Scivoletto S. Tratamento psiquiátrico ambulatorial de adolescentes usuários de drogas: características sócio-demográficas, a progressão do consumo de substâncias psicoativas e fatores preditivos de aderência e evolução no tratamento [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
82. Passos SR, Camacho LAB. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. *Rev Saúde Pub* 1998; 32(1): 64-71.
83. Scivoletto S, Henriques Júnior SG, Andrade AG. Uso de drogas por adolescentes que buscam atendimento ambulatorial: comparação entre "crack" e outras drogas ilícitas - um estudo piloto. *Rev. ABP-APAL* 1997;19(1):7-17.
84. Fochi EL, Moraes MS, Chiaravalloti Neto F, Gandolfi D, Ferreira EMA. Caracterização de 46 usuários de crack abordados pelo Programa de Redução de Danos "Tá Limpo" *HB Cient* 2000;7(2):85-91.
85. Zilberman ML, Hochgraf PB, Brasiliano S, Milharcic SI. Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Subst Use Misuse* 2001; 36(8): 1111-27.
86. Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JC. A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. *Rev ABP-APAL* 1993; 15(4): 121-7.
87. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6): 751-9.
88. Borini P, Guimarães RC, Borini SB. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. *J Bras Psiquiatr* 2003; 52(3): 171-9.
89. Silveira RA. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2001.

90. Magrinelli M, Kessler F, Pechansky F, Araújo R, Oliveira MS, Souza AC. Características do uso de cocaína em indivíduos internados em unidades de tratamento de Porto Alegre, RS. *J Bras Psiquiatr* 2004; 53(6): 351-358.
91. Dunn J, Ferri CP, Laranjeira R. Does multisite sampling improve patient heterogeneity in drug misuse research? *Drug Alcohol Depend* 2001; 63(1):79-85.
92. Dunn J, Laranjeira R. Transitions in the route of cocaine administration - characteristics, direction and associated variables. *Addiction* 1999; 94(6): 813-24.
93. Leite MC. Relações entre dependência de cocaína e transtorno depressivo: contribuição para o estudo da co-morbidade psiquiátrica em pacientes dependentes de substâncias psicoativas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
94. Cruz MS. Abstinência de cocaína: um estudo de características psicopatológicas em dependentes que procuram tratamento. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1996.
95. Terra MB. Fobia social e transtorno de pânico em pacientes dependentes de substâncias psicoativas hospitalizados. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
96. Magrinelli M. Padrões de consumo e motivação para a mudança em dependentes de cocaína [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2003.
97. Lopes CS, Coutinho ES. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5): 477-86.
98. Moura MES. Comorbidade entre dependência de pasta-base e indicadores de transtorno depressivo de humor com o emprego do *Self Rating Questionnaire* (SRQ-20) [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

99. 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 Sao Paulo, Brazil. *Addict Behav* 2004; 29(2): 365-74.
100. Mesquita F, Kral A, Reingold A, Haddad I, Sanches M, Turienzo G, Piconez D, Araújo P, Bueno R. Overdoses among cocaine users in Brazil. *Addiction* 2001; 96(12):1809-13.
101. Passos SRL. Fatores associados ao abandono de tratamento ambulatorial para dependência de drogas entre pacientes de um centro de referência no Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
102. Castel S. Fatores de predição de prognóstico de farmacodependentes avaliados pela escala de seguimento de dependentes de substâncias psicoativas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
103. Zilberman ML, Tavares H, Andrade AG, El-Guebaly N. The impact of an outpatient program for women with substance-related disorders on retention. *Subst Use Misuse* 2003; 38: 2109-24.
104. Leite MC. Fatores preditivos de resposta terapêutica em tratamento ambulatorial para dependentes de cocaína [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
105. Wagner AV. A comorbidade entre dependência à cocaína e depressão, como fator associado à desistência ao tratamento em comunidade terapêutica.. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; 2002.
106. 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):1133-5.
107. Campbell J, Gabrielli W, Laster LJ, Likow BI. Eficácia do tratamento em ambulatório do abuso de substâncias. *J Addict Dis [Ed Port]* 1998; 2(2): 43-54.

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

Tabela 1: Porcentagens de uso na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias de cocaína entre estudantes do ensino fundamental e médio.

Município	Ano	Amostra	Na vida (%)	12 meses (%)	30 dias (%)
S. J. Rio Preto (SP) ²¹	1992	Amostra aleatória por conglomerados de estudantes do ensino fundamental e médio da rede municipal	2,4	-	-
Ribeirão Preto (SP) ²²	1997	11250 alunos de escolas particulares e públicas de ensino fundamental e médio	2,7	-	-
Assis (SP) ²³	2004	Seleção aleatória de 20% dos alunos de 18 escolas públicas e particulares da cidade	1,7 / 1,2 ^(*)	-	-
Paulínia (SP) ²⁴	2003	Estudantes do ensino fundamental e médio de toda a rede pública e privada do município, randomicamente selecionados.	-	2,1	-
Campinas (SP) ²⁵	1998	Estudantes de escolas públicas e particulares (randomizado)	-	-	1,4
Brasília (DF) ²⁶	1988	Estudantes de escolas particulares (randomizado)	1,8	-	-
Cuiabá (MT) ²⁷	1995	Estudantes de escolas públicas (randomizado)	1,8	-	-
Cuiabá (MT) ^{28 (**)}	1997	Estudantes de escolas públicas (randomizado)	1,1	-	-
Florianópolis (SC) ²⁹	1997	478 alunos de uma escola pública de ensino fundamental e médio.	3,3	-	-
Santa Maria (RS) ³⁰	1998	1074 estudantes de escolas públicas e privadas (randomizado).	1,7	-	-
Pelotas (RS) ³¹	1998	2410 alunos entre 10 e 19 anos de escolas públicas e particulares (randomizado).	3,2	-	-

(*) Taxas de uso na vida de cocaína para estudantes da escola pública e privada, respectivamente.

(**) A mesma equipe de autores realizou um segundo levantamento (1997).

Tabela 2: Porcentagens de uso na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias de cocaína entre universitários

Município	Ano	Amostra	Na vida (%)	12 meses (%)	30 dias (%)
São Paulo (SP) ³²	1990	1.069 universitários de 20 faculdades da capital.	10	-	-
São Paulo (SP) ³³	1993	Um estudo seriado com alunos do 1º - 6º ano de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) (1991, n=796; 1992, n=747; 1993, n=761)	-	2,8	2,0
São Paulo Capital & Interior ³⁴	1994	Estudantes de primeiro ao sexto ano (n=5,225) de nove faculdades de Medicina da capital e interior do estado de São Paulo.	3 – 7	-	0,2 – 4
São Paulo (SP) ^{35,36}	1996	Alunos da Universidade de São Paulo (USP) (n=2.564)	7,1	-	-
Presidente Prudente (SP) ³⁷	2001	1127 estudantes universitários das áreas de Humanas, Exatas e Biológicas da Universidade do Oeste Paulista.	-	4,2 / 2,3 ^(*)	-
Juiz de Fora (MG) ³⁸	1996	390 estudantes de 1º - 6º ano de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora.	5,6	-	-
Belo Horizonte (MG) ³⁹	1996	331 estudantes de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte	1,0	-	-
Porto Alegre (RS) ⁴⁰	1985	743 estudantes universitários	-	12	-

Pelotas (RS) ⁴¹	1985	Estudantes universitários, por seleção aleatória.	-	-	5
Palhoça (SC) ⁴²	2002	1604 alunos do Campus Unidade Pedra Branca (UNISUL)	1	-	-
Fortaleza (CE) ⁴³	1997	627 estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará	1,8	0,6	0,5
Fortaleza (CE) ⁴⁴	2002	325 alunos da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará	-	-	1
Fortaleza (CE) ⁴⁵	2002	354 alunos de Medicina da Universidade Estadual do Ceará.	4,3	-	-
Goiânia (GO) ⁴⁶	2003	1080 calouros de vinte cursos (sorteados de um total de 39) da Universidade Federal de Goiás	2,6	-	-

(*) Taxa de uso de cocaína no último ano para homens e mulheres, respectivamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de cocaína representa um importante problema de saúde e segurança pública, mesmo em países onde não seja a droga mais consumida, pois é a substância psicoativa que mais leva o usuário a buscar tratamento (Siliquini et al., 2005), o que mostra, indiretamente, a grave repercussão individual.

Em um estudo longitudinal realizado por Ribeiro et al. (2006), foram acompanhados dependentes de crack por cinco anos, tendo sido observado uma alarmante mortalidade (17,6% de uma corte de 131 pacientes que haviam buscaram tratamento em uma unidade de internação para dependência de crack). As *causas mortis* mais freqüentes foram as complicações decorrentes da infecção pelo HIV e o homicídio.

Coletivamente, o impacto social do uso de crack e cocaína pode ser exemplificado pelo alarmante estudo “Measuring the Impact of Crack Cocaine” (Fryer, 2006), que relacionou um aumento de mais de 100% na mortalidade da comunidade negra americana, especialmente entre adultos jovens do sexo masculino, à ascensão e à disseminação do consumo do crack, mormente na primeira década após seu surgimento (início da década de 1980). O mesmo autor relaciona o impacto sobre a mortalidade aos diversos fatores aliados à situação legal da droga e ao tráfico, mais que ao efeito direto da droga. Além da mortalidade e da redução da expectativa de vida (dramatizada pelo fato do dependente perder muitos anos em sua fase mais produtiva de vida), e além dos diversos impactos sócio-econômicos decorrentes da maior taxa de hospitalização, subemprego, desemprego e gastos com o sistema carcerário, há uma plêiade incomensurável de custos intangíveis: o sofrimento psíquico, isolamento, estigma,

desagregação familiar e não realização das potencialidades individuais - envolvidos indissolavelmente no consumo de crack e cocaína.

Correndo o risco - sempre perigoso - da generalização, observamos que o perfil sócio-demográfico atual do dependente de cocaína/crack aponta problemas intensos nos diversos domínios de sua vida (trabalho, educação, família, vida social, bem estar psíquico) decorrentes do padrão absorvente de uso da droga e da priorização que esta exerce na vida do indivíduo. Tais repercussões são ainda mais marcantes quando a forma de apresentação é a via injetável – atualmente em declínio – e a via fumada ou crack (uma nova forma de apresentação e administração da cocaína, que permite seu uso por via fumada, gerando um padrão de auto-administração tão importante e grave quanto o da via endovenosa). O crack apresentou-se, ao menos inicialmente, como uma estratégia para captura dos indivíduos que não podiam arcar com os custos da cocaína, gerando dependência séria e de instalação rápida.

Entre os dependentes de cocaína é marcante o fenômeno que Cami & Farré (2003) chamaram de dissociação entre o querer (“wanting”) e o gostar (“liking”): ainda que o uso da droga passe a ser reconhecido como prejudicial pelo usuário, que não mais aprecia seus efeitos globais, este ainda sente uma necessidade por consumi-la, ou seja, ainda quer usar a droga, mesmo não gostando mais da experiência como um todo. Este fenômeno, aliado ao déficit cognitivo causado pela cocaína (entendamos o déficit cognitivo como uma alteração sutil, porém séria, implicando em comprometimento da capacidade de planejamento, discernimento e aprendizado de novas habilidades sociais que dê alicerces a uma vida onde a presença do uso da droga perca a relevância) são responsáveis pela baixa adesão ao tratamento.

Outro componente da problemática do usuário de cocaína e crack é a frequência de problemas com outras drogas. Observamos, seja na prática diária com estes clientes,

seja através de estudos de revisão da literatura médica (Washton, 1989), que os dependentes de crack e cocaína são, no mais das vezes, também dependentes de maconha, tabaco e, usualmente, apresentam uso problemático de álcool. Estes problemas devem ser ativamente investigados, uma vez que o paciente pode minimizar ou mesmo não estar plenamente consciente das repercussões do uso das diversas drogas.

Miller (1990) alerta que 51% dos dependentes de cocaína também são dependentes de maconha. Pensamos que o uso da maconha não deve, de forma alguma, ser estimulado e não há nenhum embasamento científico que comprove que esta proteja para o uso de drogas ditas “mais pesadas” ou alivie a fissura pelo uso do crack e da cocaína. Observamos, no entanto, que aqueles dependentes de crack e cocaína que permanecem usando maconha enfrentam maiores riscos de exposição social às diversas drogas ilícitas, apresentam uma menor motivação para cessar o consumo de cocaína e podem estar expostos ao desencadeamento biológico de fenômenos de fissura pela própria maconha, ainda que os efeitos da maconha sejam variáveis conforme o indivíduo.

O problema com o álcool é marcante entre os dependentes de cocaína e crack. Nesta população, o uso maciço de álcool colabora de diversas maneiras com o insucesso do tratamento quando não adequadamente abordado. Observamos que os dependentes de crack e cocaína usualmente consomem álcool para aumentar os efeitos tidos como positivos da experiência ou para minimizar possíveis efeitos colaterais como a persecutoriedade, insônia e agitação. Por outro lado, a redução da crítica e da motivação causadas pelo álcool, a impulsividade e os estados de euforia, bem como as cascatas neurofisiológicas decorrentes do consumo agudo de álcool são eventos críticos que podem levar à recaída no uso de crack e cocaína. O mesmo pode ser dito, com suaves diferenças, em relação aos benzodiazepínicos. Geralmente, os dependentes de crack e

cocaína que consomem benzodiazepínicos o fazem em altas doses, logo, a retirada deve ser cautelosa, objetivando minimizar sintomas de abstinência, mas não pode ser indefinidamente alongada para não perpetuar a dependência.

O tratamento da dependência de cocaína deve integrar modalidades. A razão de tal integração tem fundamentação na gênese multifatorial do problema, na amplitude e abrangência das repercussões e nas necessidades múltiplas de atenção que o dependente demanda.

A evolução das pesquisas farmacológicas, especialmente a partir da década de 90, marcada pela busca intensa por respostas medicamentosas, levou à constituição de forças-tarefa para o estudo de diversas drogas potencialmente úteis na dependência de cocaína – permitindo a realização de diversos estudos pilotos em curto espaço de tempo - constitui um novo paradigma na pesquisa psicofarmacológica atual (Leiderman et al, 2005). Tal fato reflete, em parte, a falta de uma medicação indiscutivelmente eficiente e, por outro lado, a repercussão individual e social do uso da cocaína. Aqui cabe fazer uma reserva: algumas medicações têm demonstrado algum efeito (como o topiramato, dissulfiram e ácido valpróico), e, apesar deste efeito não ser homogêneo para todos os indivíduos, o uso pode causar diferença clínica em casos selecionados. A este propósito, a Dra. Vilma Aparecida da Silva discorrerá com maior profundidade em capítulo específico.

O diagnóstico dos recursos e déficits psicológicos, especialmente aqueles que podem fundamentar abordagens terapêuticas, é pedra angular para a personalização do tratamento. É sabido que déficits cognitivos (freqüentes nos dependentes químicos, ainda que de modo transitório) são empecilhos importantes ao tratamento, como barreira à adesão e como entrave ao funcionamento ótimo das intervenções psicoterápicas. Neste sentido, tanto o diagnóstico neuropsicológico, quanto a

compreensão psicopatológica ampla são imperativas, dado propiciarem um planejamento terapêutico individualizado e adequado à riqueza e à problemática de cada caso. A partir destes conhecimentos, pretende-se tratar indivíduos e não patologias.

Especialmente entre aqueles que começaram a fazer uso precoce da droga, a não aquisição de habilidades sociais e ocupacionais é fator limitante a uma melhora global e sustentada, onde um estilo de vida saudável propicie alternativas à altura de competir com o apelo químico lancinante da droga. Nesta clientela, o uso de técnicas da terapia ocupacional e arteterapia podem produzir o duplo benefício de propiciar maior possibilidade tanto de adesão quanto de reinserção social.

O reconhecimento e o tratamento adequado dos quadros comorbidos é essencial para a melhora do prognóstico e da adesão ao tratamento. Entre pacientes com quadros psicóticos, por exemplo, Albanese et al., (2006) observou uma grande melhora da adesão e redução do *craving* (fissura) associada ao uso de um antipsicótico atípico (risperidona, média de 2,3 mg/dia por paciente).

A despeito das diversas correntes de tratamento psicológicos existentes para o tratamento do dependente de cocaína, Siqueland et al., (2004), observaram alguns fatores gerais que podem permear o que pode ser considerado uma intervenção bem conduzida. Entre estes fatores, segundo a avaliação dos pacientes, a estrutura do tratamento (horários, regras, contratos), uma aliança terapêutica subjetivamente percebida como amparadora e genuína, o fator grupal, (permitindo a troca de experiências e interações entre pacientes), e o fator psicoeducacional foram relevantes. Uma intensidade adequada de tratamento e a combinação entre abordagens individuais e grupais também foram relatadas como importantes neste estudo.

A disponibilização de tratamento de qualidade, bem como recursos variados, funcionando de maneira integrada, geograficamente bem distribuídos e, principalmente,

de acesso fácil, rápido e desburocratizado é imprescindível para o engajamento destes pacientes, uma vez que a motivação tende a ser errática (NIDA - NIH, 1999).

Outro desafio é a manutenção a longo prazo do dependente em um tratamento efetivo. Observamos estudos onde estímulos positivos através de contrato de contingência (por exemplo, dando vouchers para espetáculos artísticos após exames de urinas negativos para drogas) podem reforçar a adesão ao tratamento (Rawson et al., 2006). Ainda neste sentido, técnicas motivacionais, de prevenção de recaídas e uma postura suportiva e compreensiva do terapeuta, sem preconceitos infundados e com uma busca pró-ativa dos casos que esboçam uma desistência do seguimento terapêutico podem ter efeitos decisivos na condução do tratamento.

Acreditamos, no entanto, que, mesmo tendo em conta as preciosas colaborações prestadas pelo avanço da neuroimagem, psicofarmacologia e técnicas psicoterapêuticas, o maior entrave ao tratamento dos dependentes de cocaína continua sendo a redução do estigma associado aos usuários desta droga, o que facultaria uma maior busca por tratamento, uma vez que nossa experiência e a literatura médica apontam para uma grande demanda reprimida. Corrigan et al., 2006, observaram que os familiares de dependentes químicos sofrem um estigma único em relação a familiares de portadores de transtornos mentais, uma vez que são, aberta ou dissimuladamente, acusados e implicados na gênese e no agravamento de tais comportamentos. Ao mesmo tempo, os dependentes químicos são mais discriminados que os portadores de outros transtornos mentais ou de doenças clínicas (Corrigan et al., 2005). O contato continuado com estes indivíduos bem como a publicidade verdadeira e não sensacionalista tende a diminuir o estigma, favorecendo a busca precoce por ajuda e a possibilidade de um tratamento efetivo.

Entre as drogas ilícitas, talvez tenha sido o crack a substância cuja demanda por tratamento mais aumentou nos últimos anos⁸⁶. O perfil de seus consumidores: jovem, desempregado, com baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo, proveniente de famílias desestruturadas⁷⁴, com antecedentes de uso de drogas injetáveis¹⁰⁶ e comportamento sexual de risco^{68,69}, torna-o um indivíduo de difícil adesão ao tratamento, com necessidade de abordagens mais intensivas e apropriadas para cada fase terapêutica¹⁰⁷.

Para atender esta crescente demanda de dependentes químicos de cocaína/crack é importante a capacitação e treinamento, não só técnico, mas também emocional dos profissionais de saúde (ou seja, que aborde e dissipe os seus preconceitos e receios em relação ao usuário de drogas), para que possam lidar de forma desembaraçada e assertiva com a crescente demanda de dependentes de cocaína/crack nos mais diferentes serviços de saúde que tratam dependentes químicos.

Como mostrou a nossa revisão da literatura, apesar das informações relacionadas ao consumo de cocaína e crack no Brasil ainda estarem aquém do desejável, especialmente quando se vislumbram ações de política pública orientadas por evidências científicas e capazes de atender a todas as particularidades relacionadas à prevenção e tratamento do uso abusivo dessas substâncias, mais estudos serão necessários para avaliar os impactos destas drogas nas diferentes regiões do país e em diferentes segmentos da população. Porém, investir nestes princípios básicos do tratamento destes dependentes químicos e propiciar a redução do distanciamento entre profissional de saúde e dependentes, aliado a uma melhor estratégia de marketing e disponibilização estratégica de recursos terapêuticos, é indispensável para atingir esta clientela.

Referências

1. Ribeiro-Araújo M, Laranjeira R, Dunn J. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. *J Bras Psiquiatr* 1998; 47(10): 497-511.
2. Benowitz NL. How toxic is cocaine? In: Ciba Foundation. Cocaine: scientific and social dimensions. Chichester: John Wiley & Sons; 1992.
3. Karch SB. Celebrity drug endorsements. In: Karch SB. A brief history of cocaine. Boca Raton: CRC Press; 1998.
4. Ferreira PEM & Martini RK. Cocaína: lendas, história e abuso. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(2): 96-9.
5. Carneiro BHS. A vertigem dos venenos elegantes [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1993.
6. Carlini EA, Notto AR, Galduróz JC, Nappo AS. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. *J Bras Psiquiatr* 1996; 45(4):227-36.
7. Bieleman, B., Diaz, A., Merlo, G., and Kaplan Ch.D. (1993). Lines across Europe: Nature and extent of cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turin. Swets and Zeitlinger.
8. Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Uso do “crack” em São Paulo: fenômeno emergente? *Rev ABP-APAL* 1994; 16 (2): 75-83.
9. Dunn J, Laranjeira R, 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): 519-27.
10. Carlini EA, Nappo AS, Galduróz JC. A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. *Rev ABP-APAL* 1993; 15(4): 121-7.
11. Uchôa MA. Crack: o caminho das pedras. São Paulo: Editora Ática; 1996.

12. PUBMED [online]. MEDLINE. Apresenta os artigos indexados pela National Library of Medicine (NLM). Rockville; 2006 [citado 2006 Abr 08]. Disponível em: URL: <http://www.pubmed.com>.
13. BVS [online]. Biblioteca Virtual em Saúde / BIREME. Disponibiliza as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e o Acervo da Biblioteca da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). São Paulo; 2006 [citado 2006 Abr 08]. Disponível em: URL: <http://www.bireme.br>.
14. CEBRID [online]. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Apresenta trabalhos brasileiros relacionados ao uso de substâncias psicoativas. São Paulo; 2006 [citado 2006 Abr 08]. Disponível em: URL: <http://www.cebrid.epm.br>.
15. CAPES [online]. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Apresenta teses de mestrado e doutorado publicadas no Brasil. Brasília; 2006 [citado 2006 Abr 08]. Disponível em: URL: <http://www.capes.gov.br>.
16. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas – parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo (1999). São Paulo: FAPESP/CEBRID; 2000.
17. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2001). São Paulo: SENAD/CEBRID; 2002.
18. Galduróz JCF, Noto AR, Carlini EA. IV Levantamento sobre uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras (1997). São Paulo: ABIFARMA / AFP / COFEN / CEBRID; 1997.
19. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e

- Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras- 2004. São Paulo: SENAD/CEBRID; 2005.
20. Abramovay M & Castro MG. Drogas nas escolas – versão resumida. Brasília: UNESCO; 2005.
 21. Boskovitz EP. Levantamento do uso de drogas psicotrópicas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de São José do Rio Preto – SP [tese]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 1999.
 22. Muza GM, Bettioli H, Muccillo G, Barbieri MA. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP(Brasil). I - Prevalência do consumo por sexo, idade e tipo de substância. Rev Saúde Pub 1997; 31(1): 21-9.
 23. Guimarães JL, Godinho PH, Cruz R, Kappann JI, Tosta-Junior LA . Consumo de drogas psicoativas por adolescentes escolares de Assis, SP. Rev Saúde Pub 2004; 38 (1): 130-2.
 24. Vieira DL. Álcool: acesso, uso e conseqüências – um levantamento com estudantes dos ensino fundamental e médio da cidade de Paulínia (SP) [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2006.
 25. Soldera M, Dalgalarro P, Corrêa-Filho HR, Silva CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. Rev Saúde Pub 2004; 38(2): 277-83.
 26. Godoi AMM; Muza GM, Costa MP, Gama MLT. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de rede privada. Rev Saúde Pub 1991; 25(2): 150-6.
 27. Souza DPO & Martins DTO. O perfil epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá, Brasil, 1995. Cad. Saúde Pub 1998; 14(2): 391-400.

28. Almeida AMT. II Levantamento epidemiológico do uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus da rede estadual de ensino de Cuiabá - MT, 1997 [tese]. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso; 1999.
29. Baus J, Kupek E, Pires M. Prevalência e fatores de risco relacionados ao uso de drogas entre escolares. *Rev Saúde Pub* 2002; 36(1): 40-46.
30. Tavares BF, Beria JU, Silva de Lima M. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev Saude Pub* 2001; 35(2):150-8.
31. Deitos FT, Santos RP, Pasqualotto AC, Segat FM, Guilande S, Benvegnú LA. Prevalência do consumo de tabaco, álcool e drogas ilícitas em estudantes de uma cidade de médio porte no sul do Brasil. *Inf. Psiquiatr* 1998; 17(1)11-6.
32. Magalhães MP, Barros RS, Silva MTA. Uso de drogas entre universitários: a experiência com maconha como fator delimitante. *Rev. ABP-APAL* 1991;13(3):97-104.
33. Andrade AG, Bassit AZ, Mesquita AM, Fukushima JT, Gonçalves EL. Prevalência do uso de drogas entre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1991-93). *Rev ABP-APAL* 1995; 17(2):41-6.
34. Andrade AG, BassitAZ, Kerr-Corrêa F, Tonhon AA, Boscovitz EP, Cabral M, Rassi R, Potério GM, Marcondes E, Oliveira MPMT, Duailibi K, Fukushima JT. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. *Rev. ABP-APAL* 1997;19(4):117-26.
35. Queiroz S. Fatores relacionados ao uso de drogas e condições de risco entre alunos de graduação da USP [tese]. Faculdade de Saúde Pública (USP); 2000.
36. Barria ACR, Queiroz S, Nicastri S, Andrade AG. Comportamento do universitário da área de biológicas da Universidade de São Paulo, em relação ao uso de drogas. *Rev Psiq Clin* 2001; 27(4):215-24.

37. Fabris MB. Características sócio-econômicas, psicológicas, padrões de consumo de substâncias psicoativas e percepção de risco para doenças sexualmente transmissíveis em estudantes recém-admitidos numa universidade privada no interior paulista [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista Júlio De Mesquita Filho (UNESP); 2002.
38. Ribeiro MS, Ronzani FAT, Alves MJM. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de Medicina da UFJF. *J Bras Psiquiatr* 1997; 46(12):631-618.
39. Pereyra WJF, Brito AO, Oliveira CHC, Silva FAFR, Canela GGC, Gontijo GHS, Petroianu A. Avaliação do uso de drogas por estudantes de medicina. *Rev Méd Minas Gerais* 2000; 10(1):8-12.
40. Plotnik R, Azmus AD, Tannhauser M, Tannhauser SL. Utilização de psicotrópicos por estudantes universitários. *Pesq Méd (Porto Alegre)* 1986;20(2):109-13.
41. Brenes LFVarela, Hammes MF, Solé MTV, Hein R, Ramil KAA. Drogas ilícitas entre universitários. *Rev AMRIGS* 1986;30(2):140-3.
42. Albino M, Borges V, Büchele F. Perfil Epidemiológico sobre drogas lícitas e ilícitas dos estudantes universitários do Campus Unidade Pedra Branca – UNISUL. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(2):5-25.
43. Souza FGM, Landim RM, Perdigao FB, Moraes RM, Carneiro-Filho BA. Consumo de drogas e desempenho acadêmico entre estudantes de medicina no Ceará. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)* 1999;26(4):188-94.
44. Torres R. Perfil epidemiológico do uso de drogas entre universitários da área da saúde [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2002.
45. Coelho MEA. O uso de drogas entre estudantes universitários da área da saúde: uma proposta de Educação em Saúde [tese]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2002.

46. Canuto MHA. Uso e Abuso de Drogas Lícitas e Ilícitas em Jovens do 1º Ano da Universidade Federal de Goiás [tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
47. Noto AR, Galduróz JCF, Nappo AS, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG, Carlini EA. Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003. São Paulo: SENAD / CEBRID; 2003.
48. Campos R, Raffaelli M, Ude W, Greco M, Ruff A, Rolf J, Antunes CM, Halsey N, Greco D, Street Youth Study Group. Social networks and daily activities of street youth in Belo Horizonte, Brazil. *Child Dev* 1994; 65: 319-30.
49. Figueroa ARM. Uso de drogas por meninos de rua, uma abordagem psicossocial [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1990.
50. Malbergier A. Transtornos psiquiátricos em usuários de drogas injetáveis infectados pelo HIV. *J Bras Psiquiatr* 1998; 48(6): 253-62.
51. Nappo AS, Sanchez ZM, Oliveira LG, Santos AS, Coradete Júnior J, Pacca JCB, Lacks V. Comportamento de Risco de Mulheres Usuárias de Crack em relação às DST/AIDS. São Paulo: CEBRID; 2004.
52. Brasiliano S, Hochgraf PB, Torres RS. Comportamento sexual de mulheres dependentes químicas. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24(supl.2): 05-25.
53. Bassols AMS. Adolescência e infecção pelo HIV: situação de risco e proteção, auto-estima e sintomatologia psiquiátrica [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
54. Pechansky FI, von Diemen LI, Kessler FI, Hirakata VI, Metzger DII, Woody G. Incidência de infecção por HIV entre abusadores de cocaína em Porto Alegre. *Rev. Bras. Psiquiatr* 2002; 24(supl.2): 5-25.

55. Silva AMC. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissível em Cuiabá, Mato Grosso [tese]. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso; 1999.
56. Souza CTV. Características sociodemográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do Projeto Rio [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
57. Azevedo RCS. Usuários de Cocaína e Aids: Um estudo sobre comportamento de risco [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2000.
58. Silva SL. Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do crack [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo (USP); 2000.
59. Silva NG. Fatores associados à infecção por HIV entre trabalhadoras do sexo na cidade de Santos. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
60. Weiser SD, Dilworth SE, Neilands TB, Cohen J, Bangsberg DR, Riley ED. Gender-specific correlates of sex trade among homeless and marginally housed individuals in San Francisco. *J Urban Health* 2006; 83(4):736-40.
61. Passos ADC, Figueiredo JFC. Fatores de risco para doenças sexualmente transmissíveis entre prostitutas e travestis de Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Rev Panam Salud Publica* 2004; 16(2): 95-101.
62. Santos NJS. As mulheres e a AIDS [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo; 1994.
63. Turchi MD. Perfil de risco e estimativa de ocorrência de infecções de transmissão sangüínea ou sexual - HIV, Hepatite B, Hepatite C, HTLV I/II e Sífilis - entre usuários de cocaína, em São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.

64. Dunn J, Laranjeira RR. HIV-risk behaviour among non-heroin using cocaine injectors and non-injectors in Sao Paulo, Brazil. *AIDS Care* 2000; 12(4):471-81.
65. Ferri CP. Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.
66. Ribeiro M. Seguimento de cinco anos com usuários de crack: evolução dos padrões de consumo, sociodemográficos e de mortalidade [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2005.
67. Barcelos NT. Prevalência e fatores de risco para infecção pelo HIV em uma população de indivíduos testados em centros de aconselhamento no sul do Brasil [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2000.
68. Carvalho HB, Bueno R, Projeto Brasil. Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras. In: Mesquita F & Seibel S [orgs.]. Consumo de drogas – desafios e perspectivas. São Paulo: Hucitec; 2000.
69. Mesquita F, Kral A, Reingold A, Bueno R, Trigueiros D, Araujo PJ; Santos Metropolitan Region Collaborative Study Group. Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 28(3): 298-302.
70. Carvalho ACC. Prevalência de infecção e doença tuberculosa entre usuários de drogas injetáveis da cidade do Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1996.
71. Ferreira Filho OF. Estimativa da prevalência de tuberculose infecção e doença entre usuários de cocaína, internados em alguns serviços hospitalares da Grande São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 1999.

72. Galperim B. Prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C em pacientes internados em unidade de dependência química. Porto Alegre: Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre; 2000.
73. Motta TQR. Co-Infecção HIV/VHC: estudo da prevalência e da evolução clínica e mortalidade em pacientes co-infectados atendidos em Vitória-Es. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2003.
74. Nappo SA, Galduroz JC, Raymundo M, Carlini EA. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in Sao Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs* 2001; 33(3): 241-53.
75. Guindalini C, Vallada H, Breen B, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: Do they represent a different group? *BMC Pub Health* 2006; 6:10.
76. Sanchez ZVDM, Nappo SA. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública* 2002; 36 (4): 420-30.
77. Dunn J, Laranjeira R. Cocaine - profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. *Substance Use & Misuse* 1999; 34(11): 1527-48.
78. Bastos FIM, Lopes CS, Dias PRTP, Lima ES, Oliveira SB, Luz TP. Perfil de usuários de drogas: I. Estudo de características de pacientes do NEPAD/UERJ - 1986/1987. *Rev ABP-APAL* 1988; 10(2): 47-52.
79. Silveira Filho D, César AC. Perfil de usuários de drogas: caracterização dos pacientes atendidos no ambulatório do PROAD/EPM em 1989. *Rev ABP-APAL* 1991; 13(1): 39-42.
80. Castel S, Malbegier A. Farmacodependências: estudo comparativo de uma população atendida em serviço especializado: 1984-1988. *Rev ABP-APAL* 1989; 11(3): 126-32.

81. Scivoletto S. Tratamento psiquiátrico ambulatorial de adolescentes usuários de drogas: características sócio-demográficas, a progressão do consumo de substâncias psicoativas e fatores preditivos de aderência e evolução no tratamento [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
82. Passos SR, Camacho LAB. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. *Rev Saúde Pub* 1998; 32(1): 64-71.
83. Scivoletto S, Henriques Júnior SG, Andrade AG. Uso de drogas por adolescentes que buscam atendimento ambulatorial: comparação entre "crack" e outras drogas ilícitas - um estudo piloto. *Rev. ABP-APAL* 1997;19(1):7-17.
84. Fochi EL, Moraes MS, Chiaravalloti Neto F, Gandolfi D, Ferreira EMA. Caracterização de 46 usuários de crack abordados pelo Programa de Redução de Danos "Tá Limpo" *HB Cient* 2000;7(2):85-91.
85. Zilberman ML, Hochgraf PB, Brasiliano S, Milharcic SI. Drug-dependent women: demographic and clinical characteristics in a Brazilian sample. *Subst Use Misuse* 2001; 36(8): 1111-27.
86. Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JC. A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. *Rev ABP-APAL* 1993; 15(4): 121-7.
87. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6): 751-9.
88. Borini P, Guimarães RC, Borini SB. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. *J Bras Psiquiatr* 2003; 52(3): 171-9.
89. Silveira RA. Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba [tese]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2001.

90. Magrinelli M, Kessler F, Pechansky F, Araújo R, Oliveira MS, Souza AC. Características do uso de cocaína em indivíduos internados em unidades de tratamento de Porto Alegre, RS. *J Bras Psiquiatr* 2004; 53(6): 351-358.
91. Dunn J, Ferri CP, Laranjeira R. Does multisite sampling improve patient heterogeneity in drug misuse research? *Drug Alcohol Depend* 2001; 63(1):79-85.
92. Dunn J, Laranjeira R. Transitions in the route of cocaine administration - characteristics, direction and associated variables. *Addiction* 1999; 94(6): 813-24.
93. Leite MC. Relações entre dependência de cocaína e transtorno depressivo: contribuição para o estudo da co-morbidade psiquiátrica em pacientes dependentes de substâncias psicoativas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
94. Cruz MS. Abstinência de cocaína: um estudo de características psicopatológicas em dependentes que procuram tratamento. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1996.
95. Terra MB. Fobia social e transtorno de pânico em pacientes dependentes de substâncias psicoativas hospitalizados. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2000.
96. Magrinelli M. Padrões de consumo e motivação para a mudança em dependentes de cocaína [tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2003.
97. Lopes CS, Coutinho ES. Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: estudo caso-controle. *Rev Saúde Pública* 1999; 33(5): 477-86.
98. Moura MES. Comorbidade entre dependência de pasta-base e indicadores de transtorno depressivo de humor com o emprego do *Self Rating Questionnaire* (SRQ-20) [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

99. 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 Sao Paulo, Brazil. *Addict Behav* 2004; 29(2): 365-74.
100. Mesquita F, Kral A, Reingold A, Haddad I, Sanches M, Turienzo G, Piconez D, Araújo P, Bueno R. Overdoses among cocaine users in Brazil. *Addiction* 2001; 96(12):1809-13.
101. Passos SRL. Fatores associados ao abandono de tratamento ambulatorial para dependência de drogas entre pacientes de um centro de referência no Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1996.
102. Castel S. Fatores de predição de prognóstico de farmacodependentes avaliados pela escala de seguimento de dependentes de substâncias psicoativas [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.
103. Zilberman ML, Tavares H, Andrade AG, El-Guebaly N. The impact of an outpatient program for women with substance-related disorders on retention. *Subst Use Misuse* 2003; 38: 2109-24.
104. Leite MC. Fatores preditivos de resposta terapêutica em tratamento ambulatorial para dependentes de cocaína [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1999.
105. Wagner AV. A comorbidade entre dependência à cocaína e depressão, como fator associado à desistência ao tratamento em comunidade terapêutica.. Pelotas: Universidade Católica de Pelotas; 2002.
106. 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):1133-5.
107. Campbell J, Gabrielli W, Laster LJ, Likow BI. Eficácia do tratamento em ambulatório do abuso de substâncias. *J Addict Dis [Ed Port]* 1998; 2(2): 43-54.

108. Ferri CP, Gossop M, Rabe-Hesketh S, Laranjeira R. Differences in factors associated with first treatment entry and treatment re-entry among cocaine users. *Addiction* 2002; 97:825-32.
109. Cami J, Farré M. Mechanisms of disease – Drug Addiction. *N Engl J Med* 349;10, September 4, 2003
110. FRYER, R. G., HEATON, P.S., LEVITT, S.D., MURPHY, K. M. Measuring the Impact of Crack Cocaine. National Bureau of Economic Research, Cambridge, NBER, Working Papers Series, May 2005.
111. Ribeiro Marcelo, Dunn John, Sesso Ricardo, Dias Andréa Costa, Laranjeira Ronaldo. Causes of death among crack cocaine users. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2006, Sep 28(3): 196-202.
112. Washton, A.M. _ *Cocaine addiction _ treatment recovery and relapse prevention.* W.W. Norton, New York, pp. 70-71, 1989.
113. Miller, N.S.; Gold, M.S. & Klahr, A.L. _ The diagnosis of alcohol and cannabis dependence (addiction) in cocaine dependence (addiction) _ *Int J Addict* 25(7): 735-744, 1990.
114. Leiderman DB, Shoptaw S, Montgomery A, Bloch DA, Elkashef A, LoCastro J, Vocci F. Cocaine Rapid Efficacy Screening Trial (CREST): a paradigm for the controlled evaluation of candidate medications for cocaine dependence. *Addiction*, 2005, 100 (Suppl. 1), 1–11.
115. Albanese MJ, Suh JJ. Risperidone in cocaine-dependent patients with comorbid psychiatric disorders. *J Psychiatr Pract.* 2006 Sep;12(5):306-11.
116. Siliquini R, Morra A, Versino E, Renga G. Recreational drug consumers: who seeks treatment? *Eur J Public Health.* 2005 Dec;15(6):580-6. Epub 2005 Jul 21.
117. Corrigan PW, Watson AC, Miller FE. Blame, shame, and contamination: the impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *J Fam Psychol.* 2006 Jun;20(2):239-46.
118. Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv.* 2005 May;56(5):544-50.
119. Fontanella BJB, Turato ER. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Rev Saúde Pública* 2002;36(4):439-47
120. Rawson RA, McCann MJ, Flammio F, Shoptaw S, Miotto K, Reiber C, Ling W.

121. A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. *Addiction*. 2006 Feb;101(2):267-74.
122. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. NIH Publication No. 99-4180. Printed October 1999.
123. Siqueland L, Crits-Christoph P, Barber JP, Gibbons MBC, Gallop R, Griffin M, Frank A, Thase ME, Luborsky L, Liese B. What aspects of treatment matter to the patient in the treatment of cocaine dependence? *Journal of Substance Abuse Treatment* 27 (2004) 169– 178

APÊNDICES



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 27 de abril de 2007.
CEP 0407/07

Ilmo(a). Sr(a).

Rua Botucatu, 572 - 1º andar – conj. 14 - CEP 04023-062 - São Paulo / Brasil

Tel.: (011) 5571-1062 - 5539.7162

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU e APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

Carta de aceite do artigo:

“Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil

Profile of cocaine and crack users in Brazil

”

CSP **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**
REPORTS IN PUBLIC HEALTH

**SECRETARIA DE
CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

Rua Leopoldo Bulhões 1480
21041-210 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Telefone: (+55-21) 2598-2511
2598-2508
Telefax: (+55-21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

EDITORES

EDITORS
Carlos E. A. Coimbra Jr.
Mario Vianna Vettore

EDITORES ASSOCIADOS

ASSOCIATE EDITORS
Luiz Antonio B. Camacho
Luis David Castiel
Evandro da Silva Freire Coutinho
Suely F. Deslandes
Mark Drew Crosland Guimarães
Gilberto Kac
Michael Reichenheim
Iná S. Santos
Reinaldo Souza-Santos
Claudia Travassos

EDITOR DE ARTIGOS DE REVISÃO

REVIEW EDITOR
Francisco I. Bastos

EDITORA DE RESENHAS

BOOK REVIEW EDITOR
Martha Cristina Nunes Moreira

EDITORES ASSISTENTES

ASSISTANT EDITORS
Leandro Carvalho
Marcia Pietrukowicz
Carolina Ribeiro

EDITOR ADMINISTRATIVO

MANAGING EDITOR
Clayson Quintão Fuly

SECRETÁRIA EXECUTIVA

EXECUTIVE SECRETARY
Carla Alves

Rio de Janeiro, 30 de outubro de 2007.

Ilma. Sra.

Dra. Lígia Bonacim Duailibi:

Em nome do Conselho Editorial de Cadernos de Saúde Pública, comunicamos que o artigo de sua autoria em colaboração com Marcelo Ribeiro & Ronaldo Laranjeira, intitulado “Perfil dos Usuários de Cocaína e Crack no Brasil”, foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Editor