

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 apresentar 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 e mortalidade. 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 estão aquém do desejável, mas que no entanto já há um corpo teórico significativo e disponível à comunidade científica.

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

Abstract

This article has as objective to present the profile of cocaine and crack users in Brazil. It was written through review of literature in database (MEDLINE, LILACS and Cochrane Library), and in the Banco de Teses - CAPES. The data were contained in thematic categories, which are: national household surveys, specific populations, the patient who seek treatment profile and mortality. Inside of each category the main discoveries of the national literature were described and later discussed. The article concluded that information related to the cocaine consumption and crack in Brazil are still on this side of the desirable, but that however there is already a significant and available theoretical body to the scientific community. **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”. É o caso do crack, da merla e da pasta básica da cocaína².

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 surgimento de complicações agudas e crônicas em massa 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 urbanos⁷. Este contexto, no qual a cocaína se tornara a principal atração, foi contrastado menos de dez anos depois, pelo surgimento do crack. Essa 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) seus principais adeptos⁸. Tal mudança foi rapidamente detectada pelos serviços de atendimento^{9,10}, bem como pela mídia leiga¹¹. 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 nos ambulatórios e serviços de internação para dependência de substâncias psicoativas⁹.

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 a reunir o conhecimento disponível sobre o assunto no Brasil, fizemos uma revisão literária, considerando os principais perfis sócio-demográficos de usuários de cocaína e crack, desenhados a partir de levantamentos domiciliares e com populações específicas, bem como dentro dos principais equipamentos de saúde. Por fim, o padrão de mortalidade 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: MEDLINE¹², LILACS¹³, OPAS¹³, CEBRID¹⁴ e o Banco de Teses da CAPES¹⁵. Quanto às teses publicadas, os autores analisaram na íntegra os estudos realizados no estado de São Paulo. 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 paulistas¹⁶. 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 habitantes¹⁷. 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%). Mais uma vez, a faixa etária de maior uso encontrava-se entre os 25 aos 34 anos (4,4%), com predominância do sexo masculino (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 maior consumo para ambas as substâncias foi igualmente jovem e masculina, 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 capitais¹⁸

e no último levantamento, das 27 capitais brasileiras¹⁹. 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 do consumo de cocaína entre os estudantes das capitais sulinas (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 substâncias psicoativas em alguns municípios brasileiros, encontrando taxas para uso na vida entre 1 e 3,5% (**Tabela 1**).

Universitários

As publicações científicas, em sua maior parte, são de estudantes de Medicina (**Tabela 2**). De modo geral, o usuário de cocaína nas universidades pesquisadas é do sexo masculino, 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 entre essa 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. Os maiores índices 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 8 entrevistados (n=2807), com maior frequência em Salvador (n=3). O uso freqüente de crack foi mencionado na maioria das capitais. Os maiores índices 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 oito delas: 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 da região sul e sudeste. A tendência de aumento 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%), subiu em 2003 em Fortaleza para 10,3% e em Recife para 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 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 um serviço público 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 estavam diretamente associados aos casos de soropositividade diagnosticados⁵³. Outro estudo gaúcho (*Porto Alegre*) acompanhou por 18 meses um grupo de 138 usuários de cocaína, visando a investigar a incidência de infecção pelo HIV no período. Ao término da investigação, os autores apontaram a via sexual como o modo primário de transmissão entre esses usuários⁵⁴. 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 HIV⁵⁵.

Entre os homens, um estudo realizado no *Rio de Janeiro* entrevistou 675 na faixa etária 18 e 50 anos, com sorologia negativa para o HIV e antecedente de sexo com homens nos últimos seis meses⁵⁶. 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 vírus⁵⁷.

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 uma amostra qualitativa (n=75), selecionada através da técnica de bola de neve, as entrevistadas eram predominantemente jovens, mães, com baixa escolaridade, vivendo com a família (pais ou companheiro) e

provedoras de suas casas. A maioria não se lembra quando se prostitui pela primeira vez em troca da droga. No momento da entrevista, a maior parte delas 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 o aumento da prevalência do HIV⁵⁹.

Apesar da prática da troca de sexo por drogas ser mais comum em mulheres, tal comportamento também é encontrado em homens, independentemente da sua orientação sexual ⁶⁰. Não foram encontrados estudos nacionais específicos sobre esse tema, porém um estudo com 13 michês, 53 travestis e 449 prostitutas da cidade 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 drogas⁶¹.

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 diferenciadas⁶².

Em um estudo com 839 usuários de cocaína de 7 serviços de tratamento para dependência química, na região metropolitana de São Paulo, entre 1997/1998, aqueles com antecedentes de uso de drogas injetáveis apresentam quase 26

vezes mais chance de terem 3 ou mais infecções, em comparação com os não-usuários⁶³. A associação entre uso de cocaína injetável e risco de infecção pelo HIV também foi demonstrada por três estudos paulistas⁶⁴⁻⁶⁶ e outro na cidade de Porto Alegre (RS)⁶⁷.

Outro estudo brasileiro com essa população, o 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 7 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 da contaminação dos UDIs pelo HIV, bem como seu padrão de consumo, Mesquita et al realizaram um estudo comparativo entre grupos de usuários da região Metropolitana 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 (5 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 contaminação pelo HIV no período (63%, 65%, 42%) (p <.001). Os usuários de drogas endovenosas também estão expostos a outras doenças, além da AIDS, merecendo destaque entre essas, a tuberculose⁷⁰⁻⁷¹ e a hepatite C⁷²⁻⁷³.

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 comunidade⁸. Relataram que o aparecimento da substância e a popularização do consumo inicio a partir de 1989. Os mesmos possuíam o seguinte perfil: 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 na comunidade, 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 ter mais chance de morar ou ter morado na rua. Além disso, têm mais problemas sociais e de saúde do que os usuários de cocaína intranasal⁶⁵. Nos últimos anos, o usuário de crack passou a figurar também entre aqueles com maior poder aquisitivo, apesar de ainda ser mais prevalente na classe baixa⁷⁴.

Habitualmente, o usuário de crack é poliusuário ou tem antecedente de consumo de outras substâncias^{8,65-66}. O início do uso se dá com drogas lícitas (tabaco e álcool), geralmente em idade precoce e de modo pesado^{65,75,74}. A maconha costuma ser a primeira droga ilícita⁷⁶. O tipo de progressão é influenciado pela idade⁷⁶: entre os menores de trinta anos, observa-se a seqüência descrita anteriormente. 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 apresentações⁷⁵. Geralmente, a primeira experiência com a substância acontece pela via intranasal, progredindo para o crack posteriormente⁷⁵.

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 tratamento⁶⁵. 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 substâncias psicoativas, 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 instituições⁷⁸⁻⁸⁴.

Dois estudos transversais com dependentes de cocaína e crack, acompanhados em diversos ambientes terapêuticos (ambulatórios, clínicas e albergues), na cidade de São Paulo^{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 aos mesmos resultados.

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 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 1992⁸⁶.

A dependência de crack é a causa mais prevalente 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 prevalente entre 406 pacientes internados para tratamento por dependência de drogas ilícitas no município de *Marília (SP)*, com índices de 62,9% entre 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 utilizada (49%), a frente do álcool (39%) e da cocaína intranasal (29%) e atrás apenas da maconha, substância que não costuma ser motivo de internação por si só. Por outro lado, um estudo com pacientes internados por dependência de cocaína 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 crack⁹³. A depressão e os transtornos ansiosos são as comorbidades psiquiátricas mais observadas em estudos brasileiros com esses usuários⁹⁴⁻⁹⁵.

A presença das comorbidades aumenta a gravidade de ambas as doenças: um estudo realizado com um grupo de 50 pacientes internados em *Porto Alegre (RS)* encontrou correlação significativa entre os sintomas de depressão e

ansiedade e a gravidade da dependência⁹⁶. 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 associado ao desenvolvimento futuro do abuso/dependência de cocaína⁹⁷. Por fim, um estudo de seguimento com 119 usuários de pasta-base de cocaína do *Rio de Janeiro (RJ)* observou que apesar de os pacientes apresentarem um índice de depressão elevado, parte dos sintomas depressivos desaparecia após a resolução dos sintomas de abstinência, salientando a importância de um período de abstinência para a acurácia do diagnóstico⁹⁸.

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 equipamentos (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 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 com 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 os dependentes de substâncias psicoativas que buscam tratamento, o usuário de cocaína e crack é o que possui os maiores índices de abandono. Evidências apontam como fatores preditivos de abandono, a 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 associado⁸⁹⁻⁹³. O usuário de crack parece estar mais propenso ao abandono de 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 a melhora da adesão ao tratamento^{101,102}. Isso reforça a idéia de que os usuários de cocaína e crack necessitam de abordagens mais intensivas e prolongadas que os dependentes de outras substâncias. 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 a heterogeneidade do segundo grupo¹⁰³. A presença de comorbidades^{102,104} psiquiátricas está associada à piora do prognóstico dos usuários de substâncias psicoativas. 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 instituído¹⁰⁵.

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 na cidade de São Paulo, 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 no mesmo período. A maioria dos pacientes mortos era composta por homens com menos 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 tipo 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. Em outro estudo realizado com 42 vítimas de morte violenta submetidas à necropsia na cidade de Bragança Paulista (SP), foram realizados estudos toxicológicos em amostras de cabelo e urina e 14% desta amostra apresentavam resultados positivos para cocaína¹⁰⁷.

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 por parte da família, 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 nos levantamentos consecutivos (1987, 1989, 1993, 1997 e 2003). No nordeste, o consumo de cocaína-crack era insignificante até 1997 (em torno de 1%), subiu em 2003 em Fortaleza para 10,3% e em Recife para 20,3%, 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 mesclado⁴⁷.

Mesmo atingindo uma pequena parcela da população, um aspecto relevante do consumo de cocaína e crack é a infecção pelo HIV e outras DSTs⁵⁶⁻⁵⁷, tendo em vista que boa parte dos estudos nacionais ressaltaram que o consumo da substância fora responsável pelo aumento do risco dessas infecções, seja pelo número elevado de parceiros e sexo sem proteção⁵², seja pela troca de sexo por crack ou por dinheiro para comprar a substância⁵¹⁻⁵³. Apesar de apresentar sinais de diminuição ao longo dos últimos anos⁶⁹, o uso injetável de cocaína parece ainda atingir populações focais, com baixa escolaridade e poder aquisitivo, cujas idiosincrasias 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 anos⁸⁶. Seu perfil 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 a cada fase de seu tratamento¹⁰⁸. Outras dificuldades encontradas pelo usuário de cocaína e crack para a busca e permanência em 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 existentes¹⁰⁹. Entre os fatores que promovem melhor adesão, estão a farmacoterapia, encaminhamento a grupos de ajuda mútua, atendimento às mães e a família, 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 de comorbidades, se faz sempre necessário⁹⁸. Quanto ao uso, as complicações agudas do uso destas drogas independentemente da via de administração utilizada, são mais prevalentes em usuários regulares, especialmente entre aqueles fora de tratamento, com antecedente de uso de cocaína injetável, com diagnóstico de dependência grave e com uso concomitante de benzodiazepínicos⁹⁹, sugerindo que os denominados 'menos graves' são os detentores dos maiores índices de complicações agudas. 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 dessas substâncias. Por outro lado, observou-se nos últimos vinte anos uma produção crescente de conhecimento acerca do tema, consistente, de grande

abrangência e dentro de um período relativamente curto de tempo. Novos estudos epidemiológicos e levantamentos são necessários em todos os campos levantados, 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. Jonnes J. High on cocaine. In: Jonnes J. Hep-cats, narcs and pipe dreams – a history of America's romance with illegal drugs. New York: Scribner; 1996.
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, Dalgalarondo 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. Godoil 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, Morais 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. Toledo FCP. Verificação do uso de cocaína por indivíduos vítimas de morte violenta na região Bragantina-SP [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
108. 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.
109. 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 1° - 6° 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 1° - 6° 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.