

Unidade 2

Crack. Uma abordagem multidisciplinar

Marcelo Santos Cruz
Renata Werneck Vargens
Marise de Leão Ramôa

Ao fim desta Unidade, você terá que compreender aspectos relacionados ao crack, seus efeitos sobre o sistema nervoso central e o psiquismo e as conseqüências do seu uso sobre o corpo. É importante você compreender que para a abordagem terapêutica ser mais efetiva, deve se levar em conta o contexto social do uso do crack. Outro aspecto importante nessa unidade é que os problemas relacionados ao crack devem ser entendidos como determinados por múltiplos fatores, incluindo as dimensões biológicas, psíquicas e sócio-culturais desde a origem dos problemas até as propostas de sua abordagem.



Introdução

O crescimento do consumo e dos problemas relacionados ao uso do crack constitui, atualmente, um grande desafio para a implementação de uma política de atenção aos problemas com drogas no Brasil.

Este desafio exige respostas eficazes do governo e da sociedade, na construção de um programa de intervenção integrada, que inclua ações relacionadas à promoção da saúde, de conscientização e informação sobre os riscos do uso do crack, disponibilização de serviços de atendimento, estudos clínicos sobre tratamento, dentre outros.

O consumo do álcool, tabaco e outras drogas agrava problemas sociais, traz sofrimento para indivíduos e famílias e tem conseqüências econômicas importantes. Neste contexto, o surgimento e o aumento rápido do consumo do crack desde a década de noventa incrementam a gravidade destes problemas amplificando e agravando condições de vulnerabilidade especialmente para as parcelas carentes da população. No Brasil, o consumo cresceu, principalmente, entre crianças, adolescentes e adultos que vivem na rua, motivando pressões diversas sobre a população pela necessidade de ações que dêem aos usuários de crack oportunidades de viverem de forma digna e com saúde.

Em muitos aspectos, o uso e os problemas relacionados ao seu consumo não são diferentes do que acontece com outras drogas. Mas há diferenças e para que as ações empreendidas sejam efetivas, há a necessidade de conhecer de forma mais profunda os problemas relacionados ao uso dessa droga. A necessidade de conhecimento se estende à importância de capacitar os profissionais que lidam no dia a dia com pessoas que usam crack e seus familiares e nesse contexto aos conselheiros municipais. Sendo assim, o objetivo deste capítulo é:

- informar aos conselheiros aspectos relacionados ao crack, seus efeitos sobre o sistema nervoso central e o psiquismo e as conseqüências do seu uso sobre o corpo.

Na seqüência abordaremos o contexto social do uso do crack e relataremos as abordagens terapêuticas consideradas mais efetivas. Isso se

deve a compreensão de que o consumo e os problemas relacionados ao crack devem ser entendidos como determinados por múltiplos aspectos da existência humana, incluindo as dimensões biológicas, psíquicas e sócio-culturais desde a origem dos problemas até nas propostas de sua abordagem.

O que é o crack?

O crack é uma forma distinta de levar a molécula de cocaína ao cérebro. Sabe-se que a cocaína é uma substância encontrada em um arbusto originado de regiões dos Andes, sendo a Bolívia, o Peru e a Colômbia seus principais produtores. Os nativos desta região mascam as folhas da coca desde antes da chegada dos conquistadores espanhóis no século XVI. No século XIX, a planta foi levada para a Europa onde se identificou qual era a substância que provocava seu efeito. Esta foi, então, chamada de cocaína .

A partir daí, processos químicos passaram a ser utilizados para separar a cocaína da folha da coca, gerando um pó branco, o cloridrato de cocaína. Desde o século XIX, este pó branco é utilizado por usuários de cocaína seja por meio de sua inalação nasal, seja dissolvida em água pela sua injeção nas veias. Utilizando diferentes processos de fabricação, além do pó branco, podem ser produzidas formas que podem ser fumadas. São elas: a merla, a pasta de coca e o crack.

Estas diferentes formas de administração da molécula de cocaína (inalada, injetada ou fumada) têm efeitos distintos no indivíduo. Quando a droga é fumada, isto faz com que grande quantidade de moléculas de cocaína atinja o cérebro quase imediatamente produzindo um efeito explosivo, descrito pelas pessoas que usam como uma sensação de prazer intenso. A droga é, então, velozmente eliminada do organismo, produzindo uma súbita interrupção da sensação de bem-estar, seguida, imediatamente, por imenso desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga. Esta seqüência é vivida pelos usuários com um comportamento compulsivo em que os indivíduos caem, com frequência, numa espiral em que os atos de usar a droga e procurar meios de usar novamente se alternam cada vez mais rapidamente. Outra diferença entre o crack e a cocaína em pó é que, para os produtores de drogas, o crack é muito

mais barato. Em resumo, o crack é uma forma muito barata de levar as moléculas de cocaína ao cérebro em segundos provocando efeito muito intenso.

Epidemiologia do Crack

O surgimento do uso do crack no Brasil foi detectado por redutores de danos que trabalhavam com usuários de drogas injetáveis no início da década de 90.

Quando comparamos a distribuição do uso de vários tipos de drogas pelas parcelas da população brasileira, percebemos que considerando a população como um todo, o uso do crack é muito raro. No entanto, quando se enfoca determinadas parcelas específicas da população encontramos consumo cada vez maior.

Por exemplo, de acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil realizado nas 108 maiores cidades do país, 0,7% da população adulta relatava já ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida, o que significa um contingente de mais de 380 mil pessoas. A maior porcentagem de uso de crack na vida foi encontrada entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos, constituindo 3,2% da população adulta ou cerca de 193 mil pessoas. Além disso, a comparação dos resultados do I Levantamento realizado em 2001 e o II realizado em 2005 mostrou que houve aumento estatisticamente significativo daqueles que relataram uso de crack no mês da pesquisa. Embora usuários de crack se encontrem em todas as regiões, as regiões Sul e Sudeste concentram a maior dos usuários.

Os estudos que enfocavam estudantes do ensino fundamental e médio conduzidos entre 1987 e 2004 em São Paulo e depois no Brasil encontraram um crescimento do consumo de cocaína em cidades de estados do nordeste (Salvador, Recife e Fortaleza), além de Belo Horizonte e Rio de Janeiro. Vários estudos foram feitos com estudantes em várias cidades do Brasil, encontrando taxas de uso de cocaína sempre menores que 3,6% pelo menos uma vez na vida. No entanto, estudos entre universitários já encontravam taxas de até 10% de uso na vida no início da década de noventa. Quando o estudo sobre o uso inclui estudantes

universitários de todo o Brasil, esta taxa cai para 1,2 % de uso de crack, pelo menos uma vez na vida.

Quando a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), por meio do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), foi estudar o uso de drogas por meninos que vivem na rua encontrou taxas bem maiores: o estudo encontrou uso de cocaína no último mês em 45% de menores no Rio de Janeiro, 31 % em São Paulo e 20% em Recife. O uso freqüente de crack foi mencionado em quase todos os estados, sendo maior em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória (variando de 15 a 26%). O crescimento da procura de tratamento por usuários de crack observado na década de 90 em outras capitais ocorre, atualmente, no Rio de Janeiro.

A ação da droga no Sistema Nervoso Central

A dependência é uma complicação que pode ocorrer entre usuários de cocaína e crack. A dependência se caracteriza pela perda de controle do uso e por prejuízos decorrentes dele nas diversas esferas da vida: pessoal, familiar, trabalho, lazer, judicial, etc.

Quando a cocaína é fumada na forma de crack, o vapor aspirado é rapidamente absorvido pelos pulmões, alcançando o cérebro em 6 a 8 segundos. Quando a droga é injetada nas veias demora de 16 a 20 segundo e quando cheirada demora de 3 a 5 minutos para atingir o mesmo efeito. Fumar o crack é a via mais rápida de fazer com que a droga chegue ao cérebro e provavelmente esta é a razão para a rápida progressão para a dependência. Comparando o uso de crack com outras formas de uso da cocaína, há uma proporção maior de uso intenso e de aumento da fissura entre os que usam crack.

Danos Físicos

Intoxicação

Os efeitos do crack aparecem quase imediatamente depois de uma única dose. Estes efeitos incluem aceleração do coração, aumento da pressão arterial, agitação psicomotora, dilatação das pupilas, aumento da temperatura do corpo, sudorese, tremor muscular. A ação no cérebro

provoca sensação de euforia, aumento da auto-estima, indiferença à dor e ao cansaço, sensação de estar alerta especialmente a estímulos visuais, auditivos e ao toque. Os usuários também podem apresentar tonteiras e idéias de perseguição (síndrome paranóide).

Abstinência

Os sintomas de abstinência começam a aparecer de 5 a 10 minutos após o uso. Os sintomas principais são: fadiga, desgaste físico, desânimo, tristeza, depressão intensa, inquietação, ansiedade, irritabilidade, sonhos vívidos e desagradáveis e intensa vontade de usar a droga (fissura). O auge da abstinência ocorre em 2 a 4 dias. As alterações do humor podem durar meses.

Efeitos do Crack no Corpo

Os principais efeitos do uso do crack são decorrentes da ação local direta dos vapores em alta temperatura (como queimaduras e olhos irritados) e dos efeitos farmacológicos estimulantes da substância.

Nas Vias Aéreas

O pulmão é o principal órgão exposto aos produtos da queima do crack. Os sintomas respiratórios agudos mais comuns são: tosse com produção de escarro enegrecido, dor no peito com ou sem falta de ar, presença de sangue no escarro e piora de asma. Atenção especial deve ser dada ao tratamento de pacientes com tuberculose. Muitas vezes estes pacientes convivem em ambientes fechados, dividem os instrumentos de consumo da droga e apresentam baixa adesão ao tratamento favorecendo, desta forma, a disseminação do bacilo da tuberculose.

No Coração

O uso do crack provoca o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, podendo ocorrer isquemias, arritmias cardíacas, problemas no músculo cardíaco e infartos agudos do coração.

No Sistema Nervoso Central

As principais complicações neurológicas do uso de crack são acidente vascular cerebral (derrame cerebral), dor de cabeça, tonteados, inflamações dos vasos cerebrais, atrofia cerebral e convulsões.

Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS

O consumo de crack e cocaína têm sido associados diretamente à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), como gonorréia e sífilis. Os comportamentos de risco mais frequentemente observados são o número elevado de parceiros sexuais, o uso irregular de camisinha e troca de sexo por droga ou por dinheiro para compra de droga. Deve ser levada em consideração a vulnerabilidade social a que estão expostas as usuárias de crack, que trocam sexo pela droga ou por dinheiro para comprá-la. Não devemos esquecer que há a possibilidade de transmissão de HIV através de lesões orais e labiais causadas pelos cachimbos.

Em estudo realizado em Salvador, mostrou a prevalência de HIV de 1,6% entre usuárias de crack, percentual maior que a prevalência brasileira (0,47%), porém menor que estudos realizados com usuários de drogas não injetáveis na cidade de São Paulo (11%). O estudo atribui este achado a ações de redução de danos que ocorrem nas proximidades do local de seleção das entrevistadas. Este mesmo estudo aponta que cerca de um terço das entrevistadas já haviam tido relações sexuais em troca de dinheiro ou droga.

Fome, Sono e Sexo

O uso de crack pode diminuir temporariamente a necessidade de comer e dormir. Muitas vezes os usuários saem em “jornadas” em que consomem a droga durante dias seguidos. Podem ocorrer redução do apetite, náusea e dor abdominal. Frequentemente, a alimentação e o sono ficam prejudicados, ocorrendo processo de emagrecimento e esgotamento físico. Os hábitos básicos de higiene também podem ficar comprometidos. O crack pode aumentar o desejo sexual no início, porém com o uso continuado da droga, o interesse e a potência sexual diminuem.

Na Gravidez (gestante e bebê)

O crack, quando consumido durante a gestação, chega à corrente sanguínea aumentando o risco de complicações tanto para a mãe quanto para o bebê. Para a gestante, aumenta o risco de descolamento prematuro de placenta, aborto espontâneo e redução da oxigenação uterina. Para o bebê, o crack pode reduzir a velocidade de crescimento fetal, o peso e o perímetro cefálico (diâmetro da cabeça) ao nascimento. Há ainda riscos de má-formação congênita, maior risco de morte súbita da infância, alterações do comportamento e atraso do desenvolvimento. O crack passa pelo leite materno.

Associação com Bebidas Alcoólicas

Se o crack for fumado associado ao consumo de bebidas alcoólicas, as duas substâncias podem se combinar formando a cocaetilenó. Essa substância tóxica produz um efeito mais intenso que o crack sozinho e aumenta o risco de complicações.

Outros

Várias situações já foram relacionadas ao uso de crack, como lesões do fígado, dos rins, dos músculos, intestinais, queimaduras em mãos, boca, nariz e rosto e lesões oculares pelo efeito tóxico e por queimadura.

Danos Psíquicos

O crack afeta o cérebro de diversas maneiras. A ação vasoconstritora (contração dos vasos sanguíneos) diminuiu a oxigenação cerebral, alterando tanto o funcionamento quanto a estrutura do cérebro. O uso do crack pode prejudicar as habilidades cognitivas (inteligência) envolvidas especialmente com a função de planejamento, tomada de decisões e atenção, alterando a capacidade de solução de problemas, a flexibilidade mental, a velocidade de processamento de informações e a “regulagem das emoções” (referindo-se à capacidade de entender e integrar as emoções com outras informações cerebrais) e também o controle de impulsos. O prejuízo cognitivo pode interferir na adesão destes pacientes ao tratamento proposto e na elaboração de estratégia de enfrentamento de situações de risco.

Alguns efeitos revertem rapidamente e outros persistem por semanas mesmo depois da droga não ser mais detectável no cérebro. A reversibilidade destes efeitos com a abstinência prolongada ainda é incerta. As alterações cognitivas devem ser levadas em conta no planejamento do tratamento destes pacientes.

Quadros Psiquiátricos

A presença de problemas relacionados ao uso de outras substâncias psicoativas e a presença de outro(s) diagnóstico(s) psiquiátrico(s) (comorbidade) é comum entre usuários de cocaína e crack. Os quadros psiquiátricos mais relatados são transtornos de personalidade, quadros depressivos, quadros ansiosos, instabilidade do humor, idéias paranóides ou mesmo quadros psicóticos francos, com delírios e alucinações. Sintomas agressivos estão mais relacionados ao uso de crack que a outras vias de uso da cocaína.

A presença de uma comorbidade aumenta a gravidade do quadro de uso de substâncias e o uso de crack aumenta a gravidade da comorbidade. Do mesmo modo, o tratamento da condição associada (as duas doenças juntas) permite melhor prognóstico em relação ao uso de crack.

Consequências sociais

Em São Paulo, um estudo com profissionais do sexo que usam crack mostrou que a maioria destas mulheres é jovem, mãe, com baixa escolaridade, vive com familiares ou parceiros e é sustentada por elas mesmas. A maioria trocava sexo por crack diariamente (de um a cinco parceiros por dia), não escolhia nem o parceiro, nem o tipo de sexo, nem exigia o uso da camisinha. Outro estudo sobre mulheres trabalhadoras do sexo em Santos mostrava a associação entre uso do crack, uso de cocaína injetável e positividade para o HIV.

Também em São Paulo, estudo de seguimento (follow-up) de cinco anos de 131 pacientes que estiveram internados mostrou que 18% morreram no período estudado. A taxa de mortalidade anual (2,5%) era sete vezes maior do que a da população geral da cidade. A maioria dos que morreram eram homens de menos de 30 anos, solteiros com

baixa escolaridade. As causas externas foram responsáveis por 69% destas mortes sendo 56,6% por homicídio, 8,7% por overdose e 4,3% por afogamento. Entre as causas naturais (não externas), 26,1% foram por HIV/AIDS e 4,3% por Hepatite B.

Abordagens Terapêuticas

O tratamento da dependência do crack reside, em sua maior parte em abordagens psicoterápicas e psicossociais. Os resultados de pesquisas sobre o uso de medicações no tratamento da dependência do crack são apresentados adiante tornando claras as suas limitações, pelo menos até o momento. Além disso, a hospitalização, quando necessária, não é suficiente no tratamento destes quadros. Deve ser feita uma avaliação abrangente, considerando a motivação do paciente para o tratamento, padrão do uso da droga, comprometimentos funcionais, problemas clínicos e psiquiátricos associados. Informações de familiares e amigos podem ser acrescentadas. Condições médicas e psiquiátricas associadas devem ser tratadas de maneira específica.

Farmacoterapia

Os estudos existentes até o momento são para tratamento de cocaína, sem diferenciar suas formas de apresentação ou uso. Atualmente não existe qualquer medicação aprovada especificamente para tratamento da dependência de cocaína.

Pacientes dependentes de cocaína mantêm o uso de forma compulsiva mesmo sabendo que isto pode lhes trazer graves prejuízos. Tentando modificar este quadro, diversas medicações têm sido estudadas sem sucesso no tratamento da dependência de cocaína. O uso de antipsicóticos não traz benefícios, não produz controle de efeitos colaterais, não reduz a vontade (fissura) de usar a droga nem diminui a quantidade consumida de cocaína durante o tratamento.

Vários anti-convulsivantes e diversos anti-depressivos já foram estudados e também não se mostraram eficazes. O estudo de psicoestimulantes mostrou resultados inconclusivos, sem resultados na redução do uso, mas com algumas substâncias mostrando tendência de aumento do período de abstinência

É importante lembrar que embora não existam, no momento, medicações que diminuam a vontade de usar o crack, a prescrição de medicações pode ser indicada para o tratamento das intoxicações, sintomas da abstinência e principalmente para o tratamento das comorbidades. Assim, se um usuário de crack melhora de um possível quadro depressivo com o uso de um antidepressivo ele tem melhor resultado no tratamento da dependência do crack.

Abordagem psicossocial

A revisão dos estudos científicos realizada pela Agência Nacional para Tratamento do Uso Prejudicial de Substâncias da Grã Bretanha em 2002 (National Treatment Agency (NTA) for Substance Misuse) já enfatizava que há evidências de tratamentos eficientes para dependência do crack. De fato, os autores afirmam que “tratar dependência de crack não é nem difícil nem necessariamente implica em habilidades totalmente novas”. O que é essencial compreender é que as abordagens terapêuticas incluem não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas ações que privilegiem o contexto sócio-emocional dos indivíduos envolvidos.

Os conselheiros municipais devem ficar atentos a esse tipo de abordagem considerando as diferentes formas terapêuticas comunitárias existentes na sua comunidade. Há múltiplos serviços que os usuários podem acessar sem agendamento prévio, como os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), redes de usuários, como os Narcóticos Anônimos (NA), e linhas telefônicas 24 horas, como o serviço **VIVAVOZ (0800 510 0015)**. Esses dispositivos podem ser usados para aumentar o acesso ao tratamento.

Como já foi descrito, não há medicações que por si só tratem a dependência do crack. E tanto para o tratamento e re-inserção social quanto para as atividades de prevenção é indispensável realizar atividades que aumentem a vinculação daqueles que usam a droga aos serviços e profissionais de saúde.

Intervenções psicossociais sem prescrição de medicações, mas com aconselhamento extra-hospitalar têm boa relação custo benefício para usuários sem complicações. No entanto, usuários com quadros mais

graves de dependência, abordagens psicoterapêuticas individuais ou em grupo são igualmente eficientes. Os usuários com múltiplas necessidades respondem melhor à abordagem em grupo em um esquema intensivo e com atividades práticas. Nos casos em que não tiver suporte social e tiver problemas psíquicos graves, a internação pode ser necessária.

Quando as necessidades pessoais são abordadas e os profissionais são empáticos os resultados são melhores. Em um estudo de revisão realizado pela Agência Nacional de Tratamento para o Abuso de Drogas do Reino Unido (National Treatment Agency for Substance Misuse, 2002)) consta que a abstinência precoce é fortemente relacionada à persistente. Uma vez que uma parte dos usuários chega encaminhado pela Justiça, é importante ampliar e aperfeiçoar a discussão sobre os problemas com drogas com os profissionais do judiciário.

Como o uso de álcool associado com outras drogas é muito comum, assim como os problemas familiares, psicológicos e físicos, é importante que as instituições ofereçam tratamento para todos estes problemas adicionais.

Todas essas situações têm que ser enfocadas, pois são determinantes na evolução do tratamento do usuário. Por exemplo, uma pessoa que usa crack e após interromper o uso da droga mantém o uso de álcool, mesmo que socialmente, tem grande chance de recair com o crack, já que um dos efeitos do álcool é a diminuição do juízo crítico do usuário (a pessoa fica mais vulnerável a ceder à vontade de usar a droga), ou seja, ela deve também interromper o uso do álcool. Da mesma forma com aquela pessoa que só usa crack após ter feito uso de bebidas alcoólicas (“efeito gatilho”). A recuperação mantida permite a reconstrução de laços afetivos e sociais.

Muitos usuários vêm um lugar para onde ir como um primeiro passo na busca por tratamento. Por isso, locais que oferecem atendimentos para outros problemas (como saúde mental, emergência e serviços sociais) são uma ótima fonte de informações sobre serviços para dependência de álcool e outras drogas.

Um exemplo de Abordagem Psicossocial

Embaixada da Liberdade – uma liberdade positiva

A partir do diagnóstico da situação do uso de crack na cidade do Rio de Janeiro efetuado pela realização de fóruns, os pontos de uso de drogas e exploração sexual foram mapeados e, como estratégia de política pública, foi implantado o serviço da *Embaixada da Liberdade* em bairro da Zona Norte da cidade. A localização deve-se ao fato do uso de crack e exploração sexual estarem articulados, por haver grande concentração de crianças e adolescentes em espaço de uso chamado de “cracolândia” e pela percepção de que essa clientela não procurava tratamento espontaneamente.

Constituiu-se um plano de ações com a criação de equipes de abordagem ampliada, Escola de Redutores de Danos e Consultório de Rua, no qual Saúde e Assistência Social pudessem trabalhar de forma integrada. Este plano de ações teve como objetivo atuar diretamente no território, produzindo acesso aos serviços e aos programas socioassistenciais, como, por exemplo, o Bolsa Família.

A proposta da Embaixada da Liberdade é proporcionar um espaço de escuta e acolhimento para o fenômeno das drogas, desafiando o imperativo legal e moral advindo do seu uso. Oferecer um espaço público para crianças e adolescentes usuários de drogas sem impor abstinência e nem permanência no serviço já é, por si só, um grande desafio aos modelos hegemônicos de tratamento e de acolhimento institucional a crianças e adolescentes.

Para concluirmos este capítulo sobre o crack, dentro de uma perspectiva psicossocial, fiquemos com a frase de Bataille, que diz que “a violência é um discurso sem voz”. Quanto mais nos silenciemos através de uma posição alienada sob a forma de violência, menos transformamos nossas realidades e esquecemos que para mudá-las temos que nos aproximar da realidade de outrem.

Resumo

Você está encerrando a Unidade 2 deste Curso. Nessa etapa, você estudou a droga crack e seus aspectos multidisciplinares, as consequências do crack no sistema nervoso central e no psiquismo e quais as consequências do seu uso sobre o corpo. Você viu também as principais abordagens terapêuticas utilizadas para ajudar as pessoas que num determinado momento da sua vida fazem uso dessa droga.

Na próxima Unidade, estará estudando o uso, abuso e a dependência de drogas. Boa leitura!

Referências

ACKERMAN JP, RIGGINS T, BLACK MM. **A review of the effects of prenatal cocaine exposure among school-aged children.** *Pediatrics*. Mar;125(3):554-65, 2010.

AFONSO L, MOHAMMAD T, THATAI D. **Crack whips the heart: a review of the cardiovascular toxicity of cocaine.** *Am J Cardiol*. Sep 15;100(6):1040-3, 2007.

AMATO L, MINOZZI S, PANI PP, DAVOLI M. **Antipsychotic medications for cocaine dependence.** *Cochrane Database Syst Rev*. Jul 18;(3):CD006306, 2007.

Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras.** Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; GREA/IPq – HCFMUSP. Brasília, 2010.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país:** 2001. Supervisão: E.A. Carlini. Coordenação: Jose Carlos Galduroz. Pesquisadores Colaboradores: Ana Regina Noto *et al.*: Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2002.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país:** 2005. Supervisão: E.A. Carlini. Coordenação: Jose Carlos Galduroz. Pesquisadores Colaboradores: Ana Regina Noto *et al.*: Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2005.

CASTEL R. Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, Antonio (Org.). **Saúde loucura 4: grupos e coletivos.** São Paulo: HUCITEC, 1994.

CASTELLS X, CASAS M, PÉREZ-MAÑÁ C, RONCERO C, VIDAL X, CAPELLÀ D. **Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence.** *Cochrane Database Syst Rev.* Feb 17;2:CD007380, 2010.

CHEN CY, ANTHONY JC. **Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine:** cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. *Psychopharmacology (Berl).* Feb;172(1):78-86, 2004.

COSTA, J.F. – **Violência e Psicanálise.** Rio de Janeiro, Graal, 1986.

CRUZ MS. Cocaína. In: Antônio Carlos Egypto; Helena Albertani; Isabel Costa; Sylvia Cavasin; Vera Simonetti. (Org.). **Tá na roda. Uma conversa sobre drogas.** 1 ed. São Paulo: J. Sholna reproduções Gráficas Ltda, v. 1, p. 159-171. 2003.

CRUZ MS. **O crack e sua espiral compulsiva.** O Estado de São Paulo (Grupo Estado Ed.). 2009 Jul 12, Sect Aliás J5.

DE OLIVEIRA LG, BARROSO LP, SILVEIRA CM, SANCHEZ ZV, DE CARVALHO PONCE J, VAZ LJ, NAPPO SA. Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. *Subst Use Misuse.* 44(13):1941-57, 2009.

DUAILIBI LB, RIBEIRO M, LARANJEIRA R. **Profile of cocaine and crack users in Brazil.** *Cad Saude Publica.* 24 Suppl 4:s545-57, 2008.

FALCK RS, WANG J, SIEGAL HA, CARLSON RG. **The prevalence of psychiatric disorder among a community sample of crack cocaine users:** an exploratory study with practical implications. *J Nerv Ment Dis.* Jul;192(7):503-7, 2004.

FOX HC, AXELROD SR, PALIWAL P, SLEEPER J, SINHA R. **Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence.** *Drug Alcohol Depend.* Jul 10;89(2-3):298-301, 2007.

GALDURÓZ JCF et al. **V Levantamento sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio nas 27 capitais brasileiras.** Brasília: Senad, 2005.

GOLDBERG, J. **Clínica da psicose: um projeto na rede pública.** Rio de Janeiro: Te Corá Ed./ Instituto Franco Besaglia, 1994.

GUATTARI F, ROLNIK S. - **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

HAASEN C, PRINZLEVE M, GOSSOP M, FISCHER G, CASAS M. **Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users**. World Psychiatry. Oct;4(3):173-6, 2005.

HAIM DY, LIPPMANN ML, GOLDBERG SK, WALKENSTEIN MD. **The pulmonary complications of crack cocaine**. A comprehensive review. Chest. Jan;107(1):233-40, 1995.

HOFF AL, RIORDAN H, MORRIS L, CESTARO V, WIENEKE M, ALPERT R, WANG GJ, VOLKOW N. **Effects of crack cocaine on neurocognitive function**. Psychiatry Res. Mar 29;60(2-3):167-76, 1996.

Kaez R. – **A Instituição e as instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

MAGALHÃES MP, BARROS RS, SILVA MTA. **Uso de drogas entre universitários: a experiência da maconha como fator delimitante**. Rev. ABP-APAL. 13:97-104, 1991.

MINAYO MCS. **A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública**. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro. V. 10, n. 1, p. 7-18. 1994.

MINOZZI S, AMATO L, DAVOLI M, FARRELL M, LIMA REISSER AA, PANI PP, SILVA DE LIMA M, SOARES B, VECCHI S. **Anticonvulsants for cocaine dependence**. Cochrane Database Syst Rev. Apr 16;(2):CD006754, 2008.

NAPPO AS, SANCHEZ ZM, OLIVEIRA LG, SANTOS AS, CORADETE JÚNIOR J, PACCA JCB et al. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação a DST/AIDS**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas Psicotrópicas, 2004.

National Institute on Drug Abuse (NIDA) site: <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/Cocaine/Cocaine.html>. Acesso realizado em: 08 de outubro de 2010.

National Treatment Agency for Substance Misuse. Research into practice 1b. Augus 2002 <http://nta.shared.hosting.zen.co.uk/pu>

blications/documents/nta_commissioning_crack_cocaine_treatment_2002_rip1b.pdf. Acesso realizado em: 08 de outubro de 2010

NOTO AR, GALDURÓZ JC, NAPPO AS, FONSECA AM, CARLINI CMA, MOURA YG et al. **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras** – 2003. São Paulo: Secretaria Nacional Anti-drogas/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2003.

Nunes CL, Andrade T, Galvão-Castro B, Bastos FI, Reingold A. **Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador-Bahia, Brazil.** Braz J Infect Dis. Dec;11(6):561-6, 2007.

RAMÔA M. **O grupo de auto-ajuda em dois contextos: alcoolismo e doença mental.** Dissertação de Mestrado. Depto. de Psicologia. PUC-Rio, 1999.

RAMÔA M. **A Desinstitucionalização da Clínica na Reforma Psiquiátrica: um estudo sobre o projeto CAPS ad.** Tese de Doutorado. Depto. de Psicologia. PUC-Rio, 2005.

SARACENO B. **Libertando Identidades.** Rio de Janeiro, Te Corá/IFB, 1999.

Silva de Lima M, Farrell M, Lima Reisser AA, Soares B. **Withdrawn: Antidepressants for cocaine dependence.** Cochrane Database Syst Rev. Feb 17;2:CD002950. Review, 2010.

SILVA, NG. **Fatores associados à infecção por HIV entre trabalhadoras do sexo na cidade de Santos.** Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.

SLUTSKER L. **Risks associated with cocaine use during pregnancy.** Obstet Gynecol. May;79(5 (Pt 1)):778-89, 1992.

TREADWELL SD, ROBINSON TG. **Cocaine use and stroke.** Postgrad Med J. Jun;83(980):389-94, 2007.

WILSON T, DeHovitz JA. **STDs, HIV, and crack cocaine: a review.** AIDS Patient Care STDS. Apr;11(2):62-6, 1997.