

PADRÃO DE USO DE CANNABIS EM DEPENDENTES DE CRACK COCAÍNA INTERNADOS PARA DESINTOXICAÇÃO

PATTERN OF CANNABIS USE BY CRACK COCAINE ADDICTS ADMITTED FOR DETOXIFICATION

Laura Baptista Lewgoy¹, Vinicius Jobim Vischer¹, Clarice Mottola
De Oliveira Operamman¹, Renata Brasil Araujo^{1,2}

RESUMO

[Clin Biomed Res. 2014;34\(3\):274-280](#)

1 Faculdade de Psicologia, Pontifícia
Universidade Católica do Rio Grande
do Sul (PUCRS).
Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Programa de Dependência Química,
Hospital Psiquiátrico São Pedro.
Porto Alegre, RS, Brasil.

3 Associação de Terapias Cognitivas
do Rio Grande do Sul (ATC-RS).
Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Laura Baptista Lewgoy
E-mail: laura_lewgoy@hotmail.com
Hospital Psiquiátrico São Pedro
Porto Alegre, RS, Brasil.

Introdução: O presente trabalho teve como objetivo verificar o padrão de uso de cannabis em dependentes de crack/cocaína internados para desintoxicação em uma unidade de internação especializada.

Métodos: Pesquisa quantitativa com delineamento exploratório e transversal em amostra não aleatória (n=109) de dependentes de crack/cocaína segundo os critérios da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O protocolo de coleta foi composto por: informações sociodemográficas e descrição do padrão de uso de substâncias psicoativas, Inventário Beck de Ansiedade (BAI) e Inventário Beck de Depressão (BDI).

Resultados: Os participantes, com média de idade de 27,82 anos (DP=6,68; 18-49) e com 8,19 (2,56; 4-16) de anos de estudo, estavam internados há cerca de 14,81 dias (DP=11,51; 7-64). Verificou-se que a idade média de início do uso de cannabis (15,17 +3,29) é bastante inferior à idade de início do uso de crack (22,76 +6,28). Achados indicam que a cannabis foi a primeira droga ilícita a ser consumida pelos dependentes de crack, sendo que 96,33% desses sujeitos apresentavam dependência de cannabis.

Conclusão: Foi encontrada uma correlação positiva (r=0,385) de intensidade baixa entre a idade de início de consumo de crack e de cannabis, concluindo-se que, quanto mais cedo é iniciado o uso de cannabis, mais cedo é iniciado o uso de crack.

Palavras-chave: Perfil de saúde; Cannabis; crack/cocaína; internação

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to determine the pattern of cannabis use by subjects addicted to crack/cocaine admitted for detoxification in a specialized unit.

Methods: Quantitative research with an exploratory and cross-sectional design using a non-random sample (n= 109) of crack/cocaine addicts according to criteria from the International Classification of Diseases (ICD - 10). The data collection protocol was composed of sociodemographic information and description of the pattern of psychoactive substances use, the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Beck Depression Inventory (BDI).

Results: Mean age was 27.82 years (SD= 6.68; 18-49), mean educational attainment was 8.19 years (2.56, 4-16), and patients were hospitalized for about 14,81 days (SD= 11.51;7-64). The average age of onset of cannabis use (15.17 + -3.29) was significantly earlier than the age of onset of crack use (22.76 + -6.28). Findings

indicate that cannabis is the first illicit drug consumed by crack addicts, with 96.33% of these subjects presenting cannabis addiction.

Conclusion: A positive, low-intensity correlation (0.385) between age of onset of crack use and cannabis use was found. This study concludes that the earlier the onset of cannabis use, the earlier the onset of crack/cocaine use.

Keywords: Health profile; Cannabis; crack/cocaine; hospitalization

A dependência química tornou-se um importante problema de saúde pública e tem desafiado os profissionais da saúde a compreender o perfil do usuário de substâncias psicoativas (SPA), em vista das dificuldades de manejo e abordagem do problema¹.

O *crack* tem o pico de ação mais imediato em comparação com as demais formas de consumo da cocaína em função do rápido acesso das moléculas presentes na fumaça aos alvéolos pulmonares, bem como por sua rápida disponibilização na corrente sanguínea e consequente ação junto ao sistema nervoso central^{2,3}. Muitos usuários de cocaína inalada ou injetável migraram para o *crack* por considerá-lo mais potente⁴⁻⁷. Dessa forma, o aparecimento do *crack* no Brasil e a popularização de seu consumo tiveram início a partir de 1989. A primeira investigação sobre o consumo dessa substância no Brasil foi um estudo etnográfico realizado em São Paulo, com 25 usuários vivendo em comunidades. Os usuários tinham o seguinte perfil: eram homens, menores de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo⁸. Atualmente, estima-se que haja em torno de um milhão de usuários de *crack* no Brasil^{9,10}.

O levantamento realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropas (CEBRID) em 2006 analisou a utilização de substâncias psicoativas e evidenciou que 22,8% da população brasileira já utilizou alguma droga ilícita e 0,7% já fez uso de *crack*. Na população da região sul do Brasil, o uso de qualquer substância ilícita na vida cai para 14,8%, enquanto que o uso de *crack* sobe para 1,1%^{11,12}. Nos dias de hoje, o usuário de *crack* é poliusuário ou tem antecedente de consumo de outras substâncias¹³. O início do uso se dá com drogas lícitas (tabaco e álcool), geralmente em idade precoce e de modo pesado¹³. No que diz respeito às drogas ilícitas, diversos estudos epidemiológicos reportam uma substancial relação entre o uso de *cannabis* e outras drogas ilícitas¹⁴⁻¹⁸, sendo a *cannabis* geralmente a primeira droga ilícita consumida por esses usuários¹⁹.

A *cannabis*, segundo estudos, aumenta o risco

do uso/abuso e dependência de outras drogas²⁰⁻²², sendo tal associação fortemente influenciada por fatores genéticos²⁰. Silva et al.¹, em um estudo com 475 adolescentes e adultos jovens atendidos em Centros de Atenção Psicossociais - Álcool e Drogas (CAPS-AD), observaram que a iniciação de consumo de tabaco e das substâncias ilícitas (cocaína, *crack* e *cannabis*) ocorre em idade prematura. Na amostra estudada, 62,2% dos jovens entre 15 e 19 anos iniciaram o consumo de substâncias psicoativas antes dos 14 anos de idade, enquanto 57,7% daqueles entre 20 e 24 anos iniciaram o consumo entre 15 e 19 anos. Achados semelhantes podem ser observados no estudo de Ferigolo et al.²³ com crianças e adolescentes usuários, no qual foi verificado que o uso de substâncias lícitas ocorria na faixa etária entre 13 e 15 anos, e no estudo de Agrawal et al.²⁰, no qual o uso de *cannabis* entre meninas com menos de 16 anos associou-se ao uso de outras drogas ilícitas. Essa faixa etária caracteriza-se por uma baixa capacidade de percepção dos reais riscos e vulnerabilidades. Nessa fase, adolescentes buscam independência e identificação com o grupo de iguais, justificando a influência dos amigos no consumo de substâncias psicoativas¹.

Balbinot e Araujo³ verificaram, em uma amostra de 100 dependentes de *crack/cocaína*, que 95% dos sujeitos já tinham feito uso de *cannabis* na vida, sendo que 36,8% utilizaram essa substância nos últimos 7 dias, 23,2% entre 8 e 30 dias, 11,6% entre 31 e 90 dias, 8,4% entre 91 e 360 dias e 20% há mais de 360 dias. A idade de início do consumo de *cannabis* teve média de 14,72 anos, e a de *crack*, 21,08 anos. Nesse contexto, conhecer o perfil do dependente de *crack*, seu padrão de uso e histórico de consumo de outras substâncias psicoativas facilita a implementação de novas abordagens terapêuticas visando a uma maior efetividade do tratamento. Assim, o presente estudo tem como objetivo verificar o padrão de uso de *cannabis* em dependentes de *crack/cocaína* internados para desintoxicação em uma unidade especializada.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo exploratório e transversal. A amostra foi “por conveniência” e composta por 109 indivíduos dependentes de *crack*/cocaína segundo os critérios da Classificação Internacional de Doenças²⁴. Os participantes estavam hospitalizados para desintoxicação em uma unidade masculina especializada, na faixa etária de 18 a 60 anos, com escolaridade mínima de 4 anos. O período de coleta foi de março de 2012 a abril de 2014. O *crack* era a droga de preferência, sendo o último uso relatado no mínimo há 7 e no máximo há 21 dias.

Foram excluídos participantes com dificuldades para a leitura e compreensão do questionário aferidas na entrevista clínica, que prejudicassem o entendimento das escalas. O total de exclusões foram 12, todas em função de dificuldades de compreensão.

Foram utilizados para este estudo os seguintes instrumentos:

1) Entrevista composta por informações sociodemográficas e descrição do padrão de uso de substâncias psicoativas.

2) Inventário Beck de Ansiedade (BAI), validado para o Brasil por Cunha²⁵. Consiste em um questionário que tem por objetivo medir a gravidade dos sintomas de ansiedade e é composto por vinte e um itens. O escore total é obtido pelo somatório dos escores de cada item. Os pontos de corte para pacientes psiquiátricos são: 0-10: mínimo; 11-19: leve; 20-30: moderado; e 31-63: grave.

3) Inventário Beck de Depressão (BDI), um dos instrumentos mais usados, tanto na clínica, quanto em pesquisa para avaliar sintomas depressivos. É uma escala de autorrelato, composta por 21 itens, validada no Brasil²⁵. Os pontos de corte para pacientes psiquiátricos são: 0-11: sintomas mínimos/ausentes; 12-19: sintomas leves; 20-35: sintomas moderados; e 36-63: sintomas graves.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Psiquiátrico São Pedro, instituição com papel fundamental no atendimento de pacientes psiquiátricos de parte do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados

após o indivíduo ter aceitado participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi realizada uma entrevista individual para coletar informações sociodemográficas e verificar o padrão de uso de substâncias psicoativas. O preenchimento dos questionários foi realizado na seguinte ordem: BAI e BDI.

Os dados foram analisados por meio do *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17.0 com Testes descritivos e de frequências para a análise exploratória dos dados e com o coeficiente de correlação linear de Pearson para a análise inferencial. O nível de significância utilizado foi de 5%.

RESULTADOS

Na amostra de 109 dependentes, a média de idade foi de 27,82 anos (DP= 6,68; 18-49), e a de anos estudados foi de 8,19 (2,56; 4-16). Quanto ao estado civil, 79,8% eram solteiros (n= 87), 10,1% eram casados ou residiam com a companheira (n= 11), 6,4% (n= 7) eram separados ou divorciados, 1,8% (n= 2) eram viúvos (*missing*= 2). Os participantes estavam internados, em média, há 14,81 dias (DP= 11,51; 7-64).

A maioria dos pacientes iniciou o uso de cocaína pela via inalada e depois passou para o uso do *crack*. O tempo médio de diferença entre o início do uso de uma via de administração para a outra foi de 5,27 anos (DP=5,01, 3-29). Quanto ao uso de outras substâncias, 96,33% eram dependentes de *cannabis*, 91,7% eram dependentes de nicotina e 18,35% eram dependentes de álcool.

Quanto ao consumo de substâncias psicoativas, os dados estão apresentados na Tabela 1.

Com relação à pontuação no BDI, a média foi de 14,07 pontos (DP=9,22), o que corresponde a sintomas leves de depressão e, no BAI, a média foi de 16,11 pontos (DP=38,65), o que corresponde a sintomas leves de ansiedade.

Na Tabela 2, são apresentadas Correlações de Pearson entre o padrão de consumo de *cannabis* e outras variáveis.

Tabela 1: Médias de idade de início do uso, quantidade utilizada e último consumo de substâncias psicoativas em pacientes internados em unidade especializada em Porto Alegre entre 2012 e 2014 (n=109).

Variáveis Substâncias	Idade de Início		Quantidade consumida por semana no último mês*		Último consumo (dias)	
	Média	Desvio- Padrão	Média	Desvio- Padrão	Média	Desvio-Padrão
<i>Crack</i>	22,76	6,28	7,78	12,36	12,72	13,06
Cocaína Inalada	17,42	3,46	10,86	17,91	308,89	514,13
<i>Cannabis</i>	15,17	3,29	21,56	23,18	203,64	525,51
Álcool	13,65	12,68	32,67	67,94	81,61	154,80
Tabaco	13,73	2,87	163,52	90,51	9,65	10,40

*Para a mensuração da quantidade média utilizada por semana no último mês foram utilizados os seguintes padrões de medidas: Unidades Internacionais/UI (álcool); cigarros (tabaco); baseados (cannabis); gramas (cocaína/crack). Uma UI de álcool equivale a 10 gramas.

Tabela 2: Correlações entre o padrão de consumo de cannabis e variáveis associadas ao uso de crack, sintomas de depressão e de ansiedade em pacientes internados em unidade especializada em Porto Alegre entre 2012 e 2014 (n=109).

	Idade de início da <i>cannabis</i>	Quantidade de <i>cannabis</i> por semana (baseados)	Último uso de <i>cannabis</i>
Quantidade <i>crack</i> utilizada, por semana, em gramas	-0,054	-0,050	0,013
Idade de início <i>crack</i>	0,385**	-0,029	0,129
Último uso de <i>crack</i>	0,170	-0,035	-0,029
BDI ^a	-0,131	-0,050	0,229
BAI ^b	0,030	-0,157	-0,105

** p<0,01 a - Inventário Beck de Depressão; b - Inventário Beck de Ansiedade

DISCUSSÃO

O uso de substâncias psicoativas está associado com diversos prejuízos à saúde²⁶ e tem um grande impacto econômico²⁷. Atualmente, sabe-se que os usuários de *crack* são geralmente usuários de múltiplas substâncias. O usuário de múltiplas substâncias merece particular atenção não só pelo potencial aditivo e pelos fenômenos de interação das substâncias^{28,29}, mas também pelos efeitos a longo prazo^{30,31}.

Sabe-se que o início do uso de substâncias psicoativas geralmente se dá com drogas lícitas (tabaco e álcool), passando para as ilícitas, sendo a *cannabis*, geralmente, a primeira droga ilícita ser consumida. Estudos tem demonstrado que a experimentação precoce de álcool e outras drogas está associada com maior risco de desenvolvimento de dependência no adulto jovem^{32,33}. Analisando os dados da amostra, pode-

se perceber que os sujeitos apresentaram um início de consumo de substâncias psicoativas com drogas lícitas, passando posteriormente para as ilícitas (por ordem: álcool, tabaco, *cannabis*, cocaína inalada até o *crack*). O achado de que a *cannabis* é a primeira droga ilícita a ser consumida pelos dependentes de *crack* é corroborado pelos achados de Sanchez¹⁹ e sustenta a hipótese do uso de *cannabis* como droga gatilho para o subsequente uso/abuso e dependência de outras drogas ilícitas³⁴.

No que tange à idade de início, percebeu-se na amostra que, excetuando o *crack*, todas as outras substâncias foram consumidas pela primeira vez, em média, antes da maioridade. Esses dados estão de acordo com os resultados obtidos por Ferigolo et al.²³, nos quais se observou que crianças e adolescentes iniciaram seu consumo de substâncias lícitas na faixa etária entre 13 e 15 anos, e com o estudo conduzido por Silva et al.¹,

no qual se verificou que a iniciação de consumo de tabaco e das substâncias ilícitas (cocaína, *crack* e *cannabis*) ocorre em idade prematura, com 62,2% dos jovens entre 15 e 19 anos iniciando o consumo de substâncias psicoativas antes dos 14 anos de idade, e 57,7% dos jovens entre 20 e 24 anos iniciando o consumo entre 15 e 19 anos.

Outro dado interessante da amostra estudada foi que 96,33% dos sujeitos internados para desintoxicação de *crack* apresentavam dependência de *cannabis*. Esse resultado apresenta um percentual maior de dependência de *cannabis* em pessoas que buscam auxílio para uso de drogas do que o encontrado por Passos³⁵, em cujo estudo apenas 46% dos usuários que buscavam tratamento apresentaram dependência de *cannabis*.

No que diz respeito às correlações entre o padrão de consumo de *cannabis* e outras variáveis, foi encontrada uma correlação positiva (0.385) de intensidade baixa entre a idade de início de consumo de *crack* e de *cannabis*: quanto mais cedo foi iniciado o uso de *cannabis*, mais cedo foi iniciado o uso de *crack*. Essa informação é acompanhada da verificação de que a idade média do início do uso de *cannabis* (15,17 anos \pm 3,29) é bastante inferior à do início do uso de *crack* (22,76 \pm 6,28). Jorge et al.³⁶ já tinham destacado que o consumo precoce de substâncias psicoativas seria um fator que impulsionaria o início do uso de *crack*. Seleglim et al.³⁷, pesquisando adolescentes usuários de *crack*, verificaram que o seu consumo de drogas iniciou em idade precoce e que a primeira droga ilícita utilizada por eles havia sido a *cannabis*. Esses autores salientam que a família e os amigos têm influência importante no início do consumo de drogas, devendo, assim, ser alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde que atendem usuários de drogas³⁷. Deve-se salientar, no entanto, que a correlação obtida foi de intensidade baixa, sendo necessários novos estudos para confirmar essa associação.

No presente estudo, observou-se que os sujeitos internados por dependência de *crack* estavam abstinentes de *cannabis*, em média, há 203,64 dias. Esse resultado está de acordo com os achados de Balbinot e Araujo³, os quais encontraram que 28,4% dos pacientes internados para desintoxicação estavam abstinentes há pelo menos 90 dias, sendo que, desses, 70,4% estavam abstinentes há pelo menos 360 dias; e

com o estudo de Seleglim et al.³⁷, que indicou que os usuários de *crack* buscam, nessa droga, um efeito mais intenso, o qual não é encontrado com o uso da *cannabis*. Entretanto, os resultados deste estudo contrastam com os encontrados por Oliveira e Nappo³⁸, os quais evidenciaram que os usuários de *crack* utilizavam a *cannabis* como paliativo para os efeitos negativos do *crack*. O uso da *cannabis*, portanto, não parece ser uma estratégia efetiva para o tratamento do dependente de *crack*, como preconizam alguns programas de redução de danos³⁹, na medida em que seus efeitos não são tão intensos a ponto de os usuários manterem um uso concomitante das duas substâncias.

Este estudo teve algumas limitações, como o fato de a amostra ser “por conveniência” e de tamanho pequeno e as análises realizadas serem bivariadas, avaliando associações entre variáveis e não estabelecendonexo causal entre elas.

O conhecimento acerca do perfil de dependentes de *crack* e de seu consumo de *cannabis* torna-se imprescindível para a implementação de abordagens preventivas que busquem psicoeducar os indivíduos quanto à associação entre o uso dessas substâncias psicoativas e que orientem quanto à necessidade de que seja retardado o início do consumo de drogas tanto lícitas quanto ilícitas. Da mesma forma, esse conhecimento também pode ser útil para a escolha de técnicas terapêuticas adequadas por equipes multiprofissionais, na medida em que o uso da *cannabis* não parece ter um efeito de proteção quanto ao uso do *crack*, como defendem programas de redução de danos. O conhecimento do perfil de uso de outras substâncias psicoativas pelo dependente de *crack* poderá, então, proporcionar uma maior efetividade no seu tratamento e, conseqüentemente, uma melhora no seu prognóstico.

A partir dos dados coletados, pode-se concluir que os dependentes de *crack* têm antecedentes de consumo de outras substâncias psicoativas, como álcool, tabaco e *cannabis*, e iniciam seu consumo em torno dos 13 a 15 anos de idade.

Através da análise dos dados dessa amostra, pode-se verificar que a *cannabis* é a primeira droga ilícita a ser consumida pela maior parte dos pacientes internados para desintoxicação. Além disso, identificou-se que a idade de iniciação da *cannabis* está relacionada com a idade de iniciação do *crack* e que os pacientes tendem a interromper o uso da *cannabis* quando estão usando o *crack*.

REFERÊNCIAS

1. Silva CC, Costa MCO, Carvalho RCde, Amaral MTR, Cruz NLA, Silva MR. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19:737-45.
2. Gazoni FM, Truffa AAM, Kawamura C, Guimarães HP, Lopes RD, Sandre LV et al. Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína: relato de caso. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2006;18:427-32.
3. Balbinot AD, Araujo RB. Análise do perfil de dependentes de crack em internação hospitalar. *Saúde e Pesquisa*. 2012;5:471-80.
4. Dias AC, Araujo MR, Dunn J, Sesso RC, De Castro V, Laranjeira R. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12 year prospective cohort study conducted in Brazil *J Subst Abuse Treat*. 2011;41:273-78.
5. Focchi GRA, Leite MC, Laranjeira R, Andrade AG. Dependência química: novos modelos de tratamento. São Paulo (SP):Roca;2001.
6. Gitlow S. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 2nd ed. Porto Alegre (RS):Artmed;2008.
7. Paquette C, Roy E, Petit G, Boivin JF. Predictors of crack cocaine initiation among Montréal street youth: a first look at the phenomenon. *Drug Alcohol Depend*. 2010;110:85-91.
8. Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Uso do "crack" em São Paulo: fenômeno emergente? *Rev ABP-APAL*. 1994;16:75-83.
9. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:545-57.
10. Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, Carlini EA. I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de dro-gas psicotrópicas – parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo (1999). São Paulo (SP): FAPESP/CEBRID; 2000.
11. Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo SA, et al. II levantamento domicili-ar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo (SP): CEBRID/UNIFESP; 2006.
12. Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad Saúde Pública*. 2011;27:2263-70.
13. Araújo MR. Seguimento de cinco anos com usuários de crack: evolução dos padrões de consumo, sociodemográficos e de mortalidade [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2005.
14. Fergusson DM, Horwood LJ. Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction*. 2000;95:505-20.
15. Golub A, Johnson BD. The shifting importance of alcohol and marijuana as gateway substances among serious drug abusers. *J Stud Alcohol*. 1994;55:607.
16. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *J Stud Alcohol*. 1992;53:447.
17. Lynskey MT, Heath AC, Bucholz KK, Slutske WS, Madden PA, Nelson EC, et al. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA*. 2003;289:427-33.
18. Morral AR, McCaffrey DF, Paddock SM. Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction*. 2002;97:1493-504.
19. Sanchez ZVDM, Nappo SA. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Pública*. 2002;36:420-30.
20. Agrawal A, Grant JD, Waldron M, Duncan AE, Scherrer JF, Lynskey MT, et al. Risk for initiation of substance use as a function of age of onset of cigarette, alcohol and cannabis use: findings in a Midwestern female twin cohort. *Preventive Medicine* 2006;43:125-8.
21. Olthuis JV, Darredeau C, Barrett SP. Substance use initiation: the role of simultaneous polysubstance use. *Drug Alcohol Rev*. 2013;32:67-71.
22. White HR, Jarrett N, Valencia EY, Loeber R, Wei E. Stages and sequences of initiation and regular substance use in a longitudinal cohort of black and white male adolescents. *J Stud Alcohol Drugs*. 2007;68:173.
23. Ferigolo M, Barbosa FB, Arbo E, Malysx AS, Stein AT, Barros HMT. Prevalência do consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. *Rev Bras Psiquiatr*. 2004;26:10-6.
24. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed; 1993.
25. Cunha JA. Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 2001.
26. Chen CY, Lin KM. Health consequences of illegal drug use. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22:287-92.
27. Andlin-Sobocki P. Economic evidence in addiction: a review. *Eur J Health Econ*. 2004;5:s5-s12.
28. Kelly E, Darke S, Ross J. A review of drug use and driving: epidemiology,

- impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug Alcohol Rev.* 2004;23:319-44.
29. Ramaekers JG, Robbe HWJ, O'Hanlon JF. Marijuana, alcohol and actual driving performance. *Hum Psychopharmacol.* 2000;15:551-8.
30. Brière FN, Fallu JS, Descheneaux A, Janosz M. Predictors and consequences of simultaneous alcohol and cannabis use in adolescents. *Addict Behav.* 2011;36:785-8.
31. Collins RL, Ellickson PL, Bell RM. Simultaneous polydrug use among teens: prevalence and predictors. *J Subst Abuse.* 1998;10:233-53.
32. King KM, Chassin L. A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on young adult substance dependence. *J Stud Alcohol Drugs.* 2007;68:256.
33. McGue M, Iacono WG, Legrand LN, Malone S, Elkins I. Origins and consequences of age at first drink. I. Associations with substance use disorders, disinhibitory behavior and psychopathology, and P3 amplitude. *Alcohol Clin Exp Res.* 2001;25:1156-65.
34. Kandel DB, Yamaguchi K. Stages of drug involvement in the US population. In: Kandel DB, editor. *Stages and pathways of drug involvement Examining the gateway hypothesis.* New York (NY): Cambridge University Press; 2002.
35. Passos SRL. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. *Rev Saúde Pública.* 1998;32:64-71.
36. Jorge MSB, Quinderé PHD, Yasui S, Albuquerque RA. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18:2909-18.
37. Seleglim MR, Inoue KC, Santos JAT, De Oliveira MLF. Aspectos da estrutura familiar de jovens usuários de crack: um estudo do genograma. *Ciênc Cuid Saúde.* 2012;10:795-802.
38. Oliveira G, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Pública.* 2008;42:664-71.
39. Labigalini E Jr., Rodrigues LR, Da Silveira DX. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *J Psychoactive Drugs.* 1999;4:451-5.

Recebido: 28/06/2014

Aceito: 09/08/2014