

Andréa Costa Dias^IMarcelo Ribeiro Araújo^{II}Ronaldo Laranjeira^{III}

Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento

Evolution of drug use in a cohort of treated crack cocaine users

RESUMO

OBJETIVO: Analisar a evolução do consumo entre usuários de crack com histórico de tratamento.

MÉTODOS: Uma coorte de, originalmente, 131 dependentes de crack admitidos em uma enfermaria de desintoxicação em São Paulo, SP, entre 1992 e 1994, foi re-entrevistada em três ocasiões: 1995-1996, 1998-1999 e 2005-2006. As variáveis averiguadas foram: dados demográficos, comportamento sexual de risco, padrões de consumo de crack e outras substâncias, prisões, desaparecimentos e óbitos. Na análise estatística empregou-se o teste de qui-quadrado, a regressão logística multinomial e regressão de Cox.

RESULTADOS: Dos pacientes avaliados, 43 estavam abstinentes do crack (12 meses ou mais), 22 eram usuários, 13 estavam presos, dois desaparecidos e 27 estavam mortos. Foram identificados três grupos com trajetórias distintas de consumo pós-alta. Comportamento seguro com uso de preservativo foi identificado como fator relacionado ao grupo de abstinentes estáveis ($p = 0,001$). Teste HIV positivo na internação ($p = 0,046$); consumo de cocaína aspirada no último ano ($p = 0,001$) e tempo de uso de cocaína aspirada na vida (mais de 132 meses) ($p = 0,000$) foram fatores relacionados a uso de longo termo. Uso pregresso de cocaína endovenosa aumentou em 2,5 vezes as chances de óbito em 12 anos ($p = 0,031$) (IC95%: 1,08; 5,79).

CONCLUSÕES: A recorrência e persistência do consumo nos anos pós-alta de tratamento refletem novas modalidades de uso do crack. Por outro lado, padrões de abstinência estável apontam a viabilidade dos processos de recuperação relativos ao uso de crack.

DESCRITORES: Usuários de Drogas. Cocaína Crack. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, epidemiologia. Estudos de Coortes.

^I Departamento de Psiquiatria. Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). São Paulo, SP, Brasil

^{II} Instituto Nacional de Políticas do Álcool e Drogas. São Paulo, SP, Brasil

^{III} Escola Paulista de Medicina. Unifesp. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Andréa Costa Dias
Rua Marselhesa, 272
Vila Clementino
04020-060 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: andreaabead@uol.com.br

Recebido: 20/8/2010
Aprovado: 4/5/2011

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To analyze the evolution of drug use among treated crack cocaine users.

METHODS: A cohort originally comprising 131 crack addicts admitted to a detoxification unit in the city of São Paulo, Southeastern Brazil, between 1992 and 1994 were followed up on three occasions: 1995-96, 1998-99, and 2005-06. Variables investigated included demographical data, risky sexual behaviors, intake patterns for crack and other substances, incarceration, disappearance, and death. Statistical analysis was carried out using chi-square tests, multinomial logistic regression and Cox regression.

RESULTS: Among the patients evaluated, 43 were crack-free (12 months or longer), 22 were users, 13 were imprisoned, two were missing, and 27 were deceased. Three groups with distinct post-discharge drug use patterns were identified. Safe sexual behavior (condom use) was correlated with stable abstinence ($p=0.001$). Positive HIV test upon admission ($p=0.046$), use of snorted cocaine in the last year ($p=0.001$), and lifetime use of snorted cocaine (132 months or longer) ($p=0.000$) were associated with long term use of crack cocaine. History of intravenous cocaine use increased the probability of death at 12 years by 2.5 fold ($p=0.031$) (95%CI: 1.08; 5.79).

CONCLUSIONS: Recurrence and persistence of crack use in the years following discharge reflect new modalities of drug use. On the other hand, stable abstinence patterns provide evidence of the feasibility of recovery from crack addiction.

DESCRIPTORS: Drug Users. Crack Cocaine. Substance-Related Disorders, epidemiology. Cohort Studies.

INTRODUÇÃO

Estudos longitudinais avaliando o desenvolvimento do consumo de substâncias oferecem importante contribuição para o planejamento de intervenções em saúde. Contudo, seguimentos de longo prazo voltados ao registro dos desdobramentos do uso de crack ainda necessitam ser mais bem explorados.^{3,7}

A discussão em torno da longevidade do consumo de crack entre usuários tratados e não tratados é bastante atual, sobretudo seu caráter intensivo, recorrente e, em muitos casos, persistente.¹³ Isso indica que a utilização dessa substância deixou de ser tratada como uma prática essencialmente de curta duração. Nesse sentido, torna-se necessária a adoção de ferramentas metodológicas e conceituais que permitam apreender mais adequadamente a complexidade e evolução dos fenômenos ligados a esse universo.

O registro de distintas trajetórias de uso²⁴ permite delimitar grupos heterogêneos, caracterizando aqueles em maior vulnerabilidade de agravos à saúde, bem como fatores correlacionados a padrões estáveis de abstinência.¹⁴

O objetivo do presente estudo foi analisar a evolução do consumo de crack entre usuários com histórico de tratamento.

MÉTODOS

Estudo prospectivo, integrante de uma linha de pesquisa, que acompanhou uma coorte de 131 indivíduos internados para desintoxicação por dependência de crack em uma enfermaria de tratamento para dependentes químicos de um hospital geral, localizado na zona norte da cidade de São Paulo, SP, após dois (1995-1996), cinco (1998-1999) e doze (2005-2006) anos da alta.^{6,15,21}

A amostra de conveniência contemplou aqueles que constavam do registro de admissões da enfermaria de tratamento para dependentes químicos de um hospital geral e que haviam sido consecutivamente admitidos entre maio de 1992 e dezembro de 1994. Como critério de inclusão considerou-se o diagnóstico de dependência de crack, segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, quarta edição (DSM-IV), estabelecido por meio de entrevista clínica com a equipe de psiquiatras responsáveis pelas internações na época.

Optou-se por um desenho de pesquisa que permitisse o acompanhamento de um mesmo número de pessoas, ao longo do tempo, para que fosse possível identificar quais desfechos lhes poderiam ocorrer: óbitos,

desaparecimentos, prisões (informações coletadas entre os familiares), consumo ou abstenção do crack (último ano) e trajetórias de uso de crack (diferentes padrões de uso ao longo dos 12 anos).

O hospital estudado foi pioneiro em oferecer atendimento público especializado para dependência de crack em São Paulo no início dos anos 1990, período em que a droga chegou à cidade. As internações eram acompanhadas por uma equipe interdisciplinar (psiquiatras, psicóloga, enfermeiros, assistente social e terapeuta ocupacional) e tinham duração aproximada de duas a três semanas.

Os dados foram coletados a partir da revisão de prontuários da internação e de entrevistas (face a face) baseadas em questionários estruturados.²² As informações obtidas nos prontuários foram: dados demográficos, HIV/aids (testagem realizada na admissão), histórico de consumo e de re-internações, uso de droga endovenosa e antecedente familiar de dependência química. Nas entrevistas, avaliaram-se os seguintes indicadores: situação empregatícia, escolaridade, comportamento sexual de risco, prisões, desaparecimentos, óbitos, causas de morte, ocorrência e padrão de uso de múltiplas substâncias (lícitas e ilícitas), tempo de uso na vida de crack e demais substâncias; migração de vias de administração de cocaína; período de ápice do consumo de crack; trajetórias de consumo de crack (padrões distintos ao longo dos 12 anos).

Os dados de consumo foram obtidos por auto-relato. Foi considerado consumo esporádico até duas vezes na semana; consumo freqüente de três a quatro vezes na semana; e intensivo, de cinco a sete vezes.

A entrevistadora do terceiro seguimento foi a mesma pessoa que realizou as avaliações anteriores e, portanto, já conhecia os entrevistados. Para imprimir maior qualidade aos encontros, os questionários foram aplicados em visitas domiciliares.

A ratificação de dados referentes a óbitos e prisões realizou-se com base nos registros oficiais do governo (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados e Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade).

Na análise estatística, características da amostra foram descritas usando freqüências simples e porcentagens. Para variáveis quantitativas calcularam-se média e desvio-padrão. Na comparação das variáveis categóricas utilizaram-se o teste de qui-quadrado e teste exato de Fisher, quando necessário. Com relação a esses testes foi considerado um nível de significância de 5%. Nos cruzamentos maiores do que tabela 2x2 e que houve evidência de associação estatística ($p < 0,05$), empregou-se análise de resíduo, para identificação das categorias que se diferenciavam entre os grupos (valor do resíduo padronizado acima de 1,96).

A avaliação da mortalidade comportou dois momentos. Na análise univariada, curvas de sobrevida estratificadas foram testadas e comparadas pelo método log-rank, considerando-se as variáveis coletadas durante a admissão dos participantes do estudo para tratamento. Três delas mostraram-se significantes ($p < 0,10$) e foram testadas no modelo de regressão de Cox, depreendendo-se aquelas que pudessem representar – de forma independente – aumento nas chances de óbito. À variável significativa no modelo final foi obtido risco relativo e intervalo de 95% de confiança.

Pela regressão logística multinomial (método *stepwise forward*), nenhuma informação da internação compareceu como fator preditivo de trajetória de abstinência estável ou consumo persistente.

As análises foram realizadas pelo programa SPSS para Windows, versão 13.0.

Todos os procedimentos adotados foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (processo nº 1420/05).

RESULTADOS

Após 12 anos de alta do hospital, dos 131 indivíduos da amostra inicial, 107 (81,6%) foram identificados, dos quais 27 (20,6%) haviam falecido, dois (1,5%) estavam desaparecidos, 13 (10%) foram presos e 65 (49,6%) se distribuíam entre abstinentes e usuários regulares de crack (12 meses ou mais): 43 (32,8%) e 22 (16,8%), respectivamente.

Os 24 (18,3%) indivíduos que perfazem a diferença em relação à amostra original não puderam ser localizados pelos pesquisadores devido a sucessivas alterações de endereço. Dentre esses, dois foram avaliados apenas no primeiro seguimento (1995-1996), sete apenas no segundo (1998-1999), 12 entrevistados em ambos os seguimentos e três nunca localizados. Não houve diferença estatística entre localizados e não localizados para dados da internação, como demografia, histórico de uso de crack e outras substâncias, tratamentos anteriores, problemas legais e HIV.

Dos 27 (20,6%) óbitos, 59% ocorreram de forma violenta (homicídios) e a segunda maior causa de morte foi a aids (22%) (Tabela 1).

Dos fatores avaliados na internação, três foram relacionados à diminuição da probabilidade de sobrevida: anos de escolaridade ($p = 0,044$); uso pregresso de cocaína endovenosa ($p = 0,002$) e HIV positivo ($p = 0,000$). Segundo o modelo de regressão de Cox, uso pregresso de cocaína endovenosa aumentou em 2,5 vezes as chances de mortalidade em 12 anos ($p = 0,031$) (IC95%: 1,08; 5,79) (Figura).

Tabela 1. Perfil avaliado na internação dos participantes que após a alta evoluíram para óbito e dos que sobreviveram. São Paulo, SP, 1992-2006.

Variável	Mortos (n = 27)		Vivos (n = 104)	
	n ^a	%	n ^a	%
Sexo				
Masculino	26	96,3	89	86,4
Feminino	1	3,7	14	13,6
Idade (anos)				
15-19	8	29,6	30	29,2
20-24	6	22,2	41	39,8
25-29	6	22,2	14	13,6
30-34	3	11,1	9	8,7
35-39	3	11,1	5	4,8
40-42	1	3,7	4	3,8
Raça				
Branca	19	70,4	78	76,4
Negra	8	29,6	24	23,6
Estado civil				
Solteiro	18	66,7	68	66,6
Casado	7	25,9	28	27,4
Divorciado	2	7,4	6	6
Escolaridade (anos)				
Menos que 8	15	68,2	52	68,4
8 ou mais	7	31,8	24	31,6
Empregado				
Sim	3	13,6	32	35,1
Não	19	86,4	59	64,9

^a A ausência de dados ocorreu em virtude da falta dessas informações nos prontuários da internação.

Em 12 anos, abstinentes e usuários de crack se subdividiram quanto ao perfil entre solteiros (43%) e casados (37%). A média de idade foi de 35 anos, com 49% distribuídos na faixa de 31 a 38 anos. Apenas 15% estavam desempregados. Quase metade dos entrevistados (49,2%) não ultrapassou o ensino fundamental e 77% não estudou, no ano anterior à entrevista.

Quanto ao uso de drogas lícitas e ilícitas no ano anterior à avaliação, a grande maioria (n = 45; 74%) dos entrevistados referiu consumo esporádico de álcool. Dentre esses, 28 estavam abstinentes do crack e 17 eram usuários. O mesmo percentual foi encontrado para utilização intensiva de tabaco (n = 45; 74%), também entre abstinentes (n = 28) e usuários de crack (n = 17). Quanto ao consumo de maconha, prevaleceram (n = 42; 69%) aqueles que não fizeram uso dessa droga no último ano, subdividindo-se entre 31 abstinentes e 11 usuários de crack. Dos que mantiveram o uso de maconha, 39% o fizeram de forma esporádica e 33% de maneira intensificada. Não foi encontrada diferença estatística entre usuários e abstinentes do crack para

utilização de álcool, tabaco e maconha, no último ano (Tabela 2).

Em relação ao uso de cocaína aspirada, mais da metade (n = 40; 64,5%) dos indivíduos referiu não ter feito uso da droga no ano anterior à avaliação. Dentre os que consumiram cocaína aspirada, no último ano, 68% relataram de consumo freqüente a intenso. Os abstinentes do crack (n = 34) diferiram de forma significativa em relação a usuários (n = 6) quanto à não utilização de cocaína aspirada (p = 0,000).

A utilização de demais substâncias, como anfetaminas, inalantes, alucinógenos, opióides e cocaína endovenosa no período estudado, não foi relatada pelos participantes.

Quanto ao início e evolução do consumo, a idade média de início da utilização de cocaína aspirada foi 18 anos. A média de idade de primeiro uso de crack foi

Tabela 2. Consumo de drogas lícitas e ilícitas entre abstinentes e usuários de crack (últimos 30 dias e 12 meses). São Paulo, SP, 1992-2006.

Variável	Consumo de drogas lícitas e ilícitas				p*
	Abstinentes n = 43 ^a		Usuários n = 22 ^a		
	n	%	n	%	
Álcool (30 dias)					
Sim	25	61	14	66,7	0,661
Não	16	39	7	33,3	
Nicotina (30 dias)					
Sim	27	65,9	16	76,2	0,403
Não	14	34,1	5	23,8	
Maconha (30 dias)					
Sim	8	19,5	7	33,3	0,229
Não	33	80,5	14	66,7	
Cocaína aspirada (30 dias)					
Sim	5	12,2	10	45,5	0,003*
Não	36	87,8	12	54,5	
Álcool (12 meses)					
Não	13	31,7	3	15	
Nicotina (12 meses)					
Sim	28	68,3	17	85	0,164
Não	13	31,7	3	15	
Maconha (12 meses)					
Sim	10	24,4	9	45	0,103
Não	31	75,6	11	55	
Cocaína aspirada (12 meses)					
Sim	7	17,1	15	71,4	0,000*
Não	34	82,9	6	28,6	

^a A ausência de dados para algumas variáveis deve-se à recusa em fornecer a informação ou viés de memória.

* p-valor <0,05.

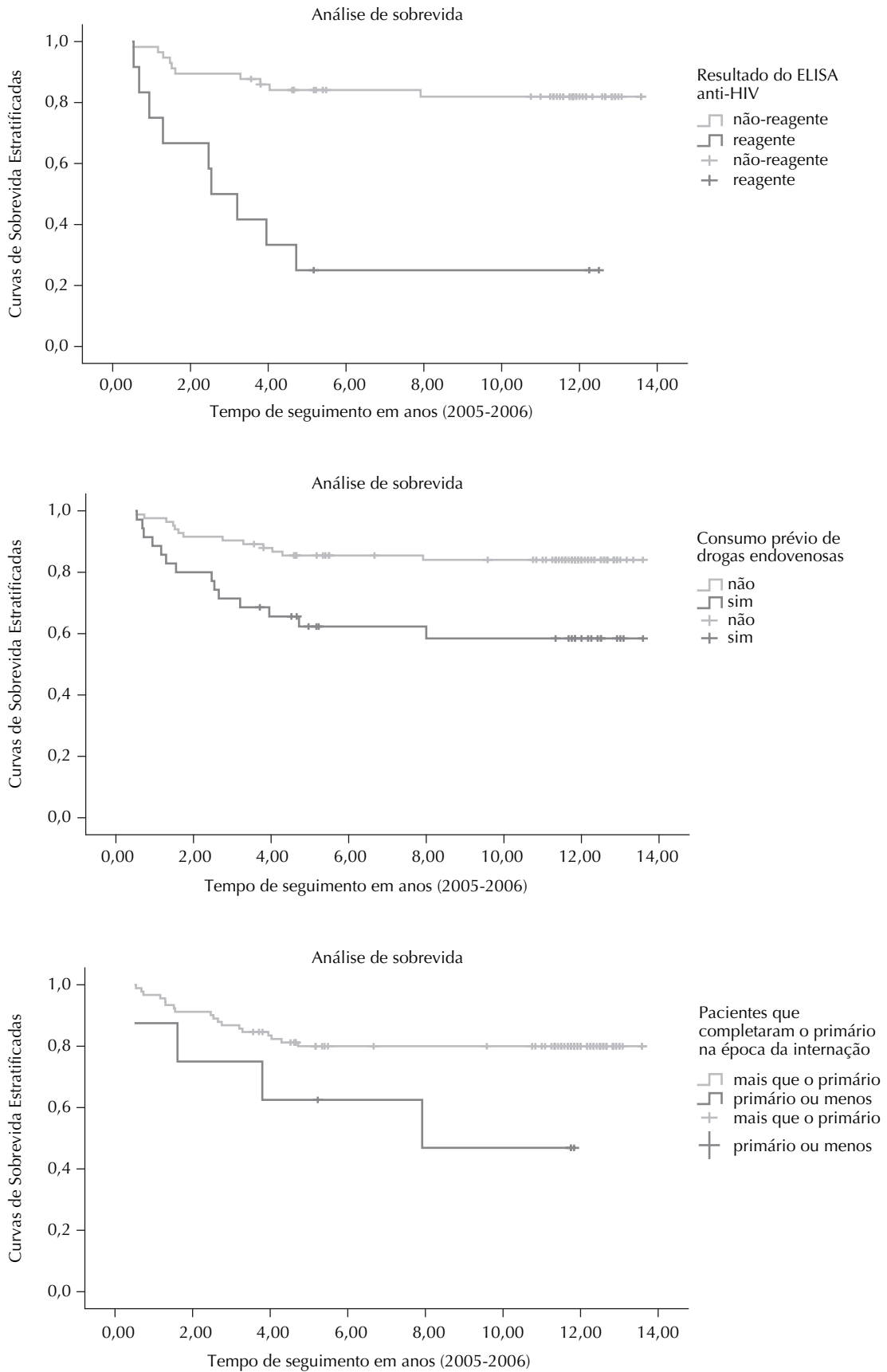


Figura. Curvas de sobrevida estratificadas segundo variáveis significantes no modelo final de Cox. São Paulo, SP, 1992-2006.

22 anos, não havendo diferença estatística entre usuários e abstinentes tanto para cocaína aspirada quanto para crack. Verificou-se um intervalo de quatro anos entre o princípio da utilização da cocaína aspirada e a iniciação do crack.

A duração média de uso, ao longo do curso de vida, de cocaína aspirada e crack foi avaliada em 11 anos e seis meses (140 meses; $dp = 78,4$) e oito anos e dez meses (106 meses; $dp = 65,47$), respectivamente. Houve, portanto, consumo concomitante de cocaína aspirada e crack por longo período. O uso na vida de cocaína aspirada variou, de freqüente a intenso, para 53%; e de crack, foi avaliado em freqüente para 74%.

No que se refere à migração de vias de administração, a cocaína aspirada compareceu como primeira via de administração empregada por 88,5% ($n = 54$) da coorte. A via fumada (crack) foi usada como via inicial por 9,8% ($n = 6$) dos indivíduos e somente 1,6% ($n = 1$) deles utilizaram-se de cocaína endovenosa como primeira via de consumo.

A via fumada (crack) prevaleceu como segunda via de administração entre 82% dos entrevistados; apenas 12% se utilizaram da endovenosa como segunda via e 7% da aspirada. Não houve transição para uma terceira via de administração para a quase totalidade dos avaliados (81,5%). O motivo alegado para a transição da primeira (cocaína aspirada) para a segunda via (crack) foi preferência pela intensidade do efeito (51%).

Aproximadamente 12 meses depois do início do uso de crack, os usuários chegaram a atingir padrões intensificados de consumo (“binge”), com média individual de 50 pedras ($dp = 5,3$), ao longo de quatro dias ($dp = 1,86$) consecutivos.

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

Os seguintes fatores estiveram relacionados à manutenção do consumo de crack no decorrer dos 12 anos de seguimento (grupo 3): teste HIV positivo na internação ($p = 0,046$); consumo de cocaína aspirada no último ano ($p = 0,001$) e tempo de uso de cocaína aspirada na vida (mais de 132 meses) ($p = 0,000$).

O grupo dos abstinentes estáveis (grupo 1 – 67,7% abstinentes entre cinco a dez anos consecutivos)

apresentou apenas um fator significativo em relação ao grupo intermediário (grupo 2) e de uso prolongado (grupo 3): comportamento sexual seguro com utilização de preservativo ($p = 0,001$) (Tabela 4).

As idades de início do consumo de álcool, tabaco e maconha se distribuíram na seguinte seqüência: álcool – 15 anos (de 5-34 anos); tabaco – 15,5 anos (de 10-32 anos); e maconha – 16 anos (de 11-36 anos). Não foi encontrada diferença estatística entre abstinentes e usuários de crack para idade de início de consumo dessas substâncias: $p = 0,773$, $p = 0,930$, $p = 0,705$, respectivamente.

Os tempos de uso ao longo do curso de vida para álcool, tabaco e maconha foram: 19 ($dp = 6,6$), 18 ($dp = 6,5$) e 12 ($dp = 7$) anos (sem diferença estatística entre usuários de crack e abstinentes). A freqüência de uso na vida para maconha foi esporádica para 47%, e freqüente para 75%, no que diz respeito ao consumo de álcool. Em relação ao tabaco observou-se freqüência de uso intensa na vida (95%).

DISCUSSÃO

O presente estudo retratou a evolução do consumo de crack entre uma coorte com experiência de tratamento: elevadas taxas de mortalidade por causas violentas, migração de vias de administração da cocaína e início e uso na vida de substâncias lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas (maconha e cocaína). Períodos de maior intensificação do consumo (50 pedras em quatro dias consecutivos) confirmaram a existência de padrão “binge” ao longo da seqüência de uso da coorte. Definiram-se ainda três grupos com trajetórias distintas de consumo e fatores associados.

O uso de outras substâncias além do crack é uma característica bastante presente entre seus usuários.^{3,10} No presente estudo, os relatos de utilização de diferentes substâncias, tanto no curso de vida quanto no último ano, ratificaram essa tendência, porém sem ter sido possível estabelecer com clareza como as associações se processaram e os significados delas.

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

Tabela 3. Trajetórias de consumo de crack e variáveis da internação. São Paulo, SP, 1992-2006.

Variável	Trajetórias de consumo de crack (2005-2006)						P
	Abstinentes estáveis n = 31		Alternância entre abstinência e uso n = 20		Manutenção do consumo ao longo dos anos n = 14		
	n	%	n	%	n	%	
Pacientes internados (1992-1994) em relação à maioridade							
Menor de idade (< 18 anos)	7	22,6	4	20	1	7,1	0,456
Maior de idade (≥ 18 anos)	24	77,4	16	80	13	92,9	
Emancipação civil entre os pacientes internados (1992-1994)							
Menor de 21 anos	12	38,7	8	40	2	14,3	0,217
Maior de 21 anos	19	61,3	12	60	12	85,7	
Sexo							
Masculino	26	83,9	18	90	12	85,7	0,825
Feminino	5	16,1	2	10	2	14,3	
Raça							
Branca	22	71	16	80	13	92,9	0,25
Negra	9	29	4	20	1	7,1	
Estado civil na internação							
Solteiro	20	64,5	16	80	8	57,1	0,682
Casado	9	29	4	20	5	35,7	
Amasiado	1	3,2			1	7,1	
Separado	1	3,2					
Trabalho na internação							
Empregado	9	37,5	6	33,3	5	45,5	0,807
Desempregado	15	62,5	12	66,7	6	54,5	
Pacientes que completaram o primário na época da internação							
Primário ou menos	1	5	1	5,6			0,717
Mais que o primário	19	95	17	94,4	12	100	
Pacientes maiores de 15 anos que completaram o primeiro grau na época da internação							
Primeiro grau ou menos	13	72,2	12	66,7	6	50	0,447
Mais que o primeiro grau	5	27,8	6	33,3	6	50	
Pacientes maiores de 18 anos que completaram o segundo grau							
Segundo grau ou menos	15	100	13	92,9	8	72,7	0,066
Mais que o segundo grau			1	7,1	3	27,3	
Ocorrência de reinternação (1992-1999)							
Houve	9	29	5	25	3	21,4	0,857
Não houve	22	71	15	75	11	78,6	
Idade do início do consumo (anos) [categoria]							
Até os 18	10	35,7	7	35	2	14,3	0,32
Após os 18	18	64,3	13	65	12	85,7	
Consumo de crack antes da internação (meses)							
Até 12	15	53,6	10	50	6	42,9	0,807
Há mais de 12	13	46,4	10	50	8	57,1	
Consumo prévio de drogas endovenosas							
Sim	3	11,1	5	25	5	35,7	0,168
Não	24	88,9	15	75	9	64,3	
Resultado do ELISA anti-HIV							
Reagente					2	25	0,046
Não-reagente	12	100	11	100	6	75	
Antecedente familiar de dependência química							
Sim	15	55,6	13	65	8	61,5	0,801
Não	12	44,4	7	35	5	38,5	

Tabela 4. Trajetórias, perfil demográfico e de consumo. São Paulo, SP, 2005-2006.

Variável	Trajetórias de consumo de crack						p
	Abstinentes estáveis n = 31		Alternância entre abstinência e uso n = 20		Manutenção do consumo ao longo dos anos n = 14		
	n	%	n	%	n	%	
Trabalho durante o último ano							
Sim	29	93,5	15	83,3	10	71,4	0,137
Não	2	6,5	3	16,7	4	28,6	
Escolaridade							
Fundamental incompleto	9	29	5	27,8	4	28,6	0,785
Fundamental completo	4	12,9	4	22,2	5	35,7	
Médio incompleto	4	12,9	2	11,1	1	7,1	
Médio completo	8	25,8	6	33,3	1	7,1	
Superior incompleto	3	9,7	1	5,6	2	14,3	
Superior completo	2	6,5			1	7,1	
Técnico	1	3,2					
Conta com o dinheiro da família ou do parceiro para se sustentar							
Sim	23	74,2	13	72,2	11	78,6	0,917
Não	8	25,8	5	27,8	3	21,4	
Consumo de álcool nos últimos 30 dias							
Sim	18	58,1	12	66,7	9	69,2	0,725
Não	13	41,9	6	33,3	4	30,8	
Consumo de nicotina nos últimos 30 dias							
Sim	19	61,3	15	83,3	9	69,2	0,272
Não	12	38,7	3	16,7	4	30,8	
Consumo de cannabis nos últimos 30 dias							
Sim	4	12,9	6	33,3	5	38,5	0,110
Não	27	87,1	12	66,7	8	61,5	
Consumo de hipnóticos nos últimos 30 dias							
Não	31	100	18	100	13	100	_____
Consumo de anfetamina nos últimos 30 dias							
Não	31	100	18	100	13	100	_____
Consumo de cocaína aspirada nos últimos 30 dias							
Sim	2	6,5	6	33,3	7	50 -2,6	0,003
nNo	29	93,5 -3,2	12	66,7	7	50	
Consumo de álcool nos últimos 12 meses							
Sim	20	64,5	15	83,3	10	83,3	0,248
Não	11	35,5	3	16,7	2	16,7	
Consumo de nicotina nos últimos 12 meses							
Sim	20	64,5	15	83,3	10	83,3	0,248
Não	11	35,5	3	16,7	2	16,7	
Consumo de cannabis nos últimos 12 meses							
Sim	6	19,4	8	44,4	5	41,7	0,128
Não	25	80,6	10	55,6	7	58,3	
Consumo de cocaína aspirada nos últimos 12 meses							
Sim	3	9,7	9	50	10	76,9	0,001
Não	28	90,3	9	50	3	23,1	

Continua

Tabela 4 continuação

Variável	Trajetórias de consumo de crack						p
	Abstinentes estáveis n = 31		Alternância entre abstinência e uso n = 20		Manutenção do consumo ao longo dos anos n = 14		
	n	%	n	%	n	%	
Consumo de cocaína ev nos últimos 12 meses							
Não	31	100	18	100	12	100	
Consumo de inalantes nos últimos 12 meses							
Não	31	100	18	100	12	100	0,125
Consumo de opióides nos últimos 12 meses							
Sim					1	8,3	0,125
Não	31	100	18	100	11	91,7	
Consumo de alucinógenos nos últimos 12 meses							
Não	31	100	18	100	12	100	0,125
Sexo sem camisinha (período/os de consumo de crack)							
Sim	7	31,8	11	78,6	8	100	0,001
Não	15	68,2	3	21,4			
Trocou sexo por drogas							
Sim	2	8,7	3	23,1	1	14,3	0,489
Não	21	91,3	10	76,9	6	85,7	
Overdose em vista do uso de crack							
Sim	12	42,9	4	22,2	2	16,7	0,162
Não	16	57,1	14	77,8	10	83,3	

Consideradas as avaliações de tempo de uso na vida para cocaína aspirada e crack, observou-se que a transição da primeira via de utilização da droga, mais comumente utilizada como via inicial,¹¹ para a segunda não implicou necessariamente no abandono daquela. Nesse caso houve uso concomitante de cocaína aspirada e crack por anos, especialmente entre membros do grupo 3 (uso prolongado). Para Guindalini et al¹¹ (2006), a articulação entre as duas vias configuraria um grupo distinto (chamado de usuários “duais”), de maior ocorrência de problemas legais e riscos à saúde. Por outro lado, especula-se a respeito do papel que o consumo de cocaína aspirada poderia desempenhar na manutenção do uso de crack em longo prazo. Correlação que foi observada no presente estudo, mas não elucidada. Não se sabe ao certo se houve, por meio da associação entre as duas substâncias, o agravamento da condição de dependência e, portanto, maior dificuldade em interromper o uso e/ou certa moderação do consumo de crack pelo uso da cocaína aspirada (alternado ou em substituição), permitindo “esticar” a trajetória da via fumada em longo prazo.⁸

O consumo de crack possui características múltiplas e distintas durações, incluindo extensos períodos.¹² No caso do presente estudo, foram observados prolongados

ciclos (grupo 2) e anos de consumo (grupo 3 e tempo de uso na vida).

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

Já no contexto brasileiro, o uso de crack de longo prazo tende a ser estimulado pela alta disponibilidade (lucratividade) e fácil acesso à substância. Além disso, a apresentação da droga sofreu alteração (mudança na cor, consistência, efeito e tamanho), resultando em preparações “impuras” (menor potencial aditivo, acréscimo de diluentes) e fracionadas (menor custo, maior disseminação).¹⁹ Outro aspecto atuante na longevidade do consumo é a possibilidade de se desenvolverem estratégias singulares de manutenção de padrões continuados, embora em níveis mais moderados. Apesar de o padrão intensificado ainda ser regra e não exceção,⁷ existem estudos (ainda incipientes) retratando práticas de moderação do uso de crack⁹ e conciliação com atividades da vida cotidiana.⁸ Oliveira & Nappo¹⁸

(2008) observaram a tendência entre indivíduos que passaram da fase compulsiva para padrões controlados. Segundo os autores foram os próprios entrevistados que empregaram formas de auto-regulação, como, por exemplo, afastar-se do contexto anterior de consumo, estruturar atividades diárias e de lazer, moderar a utilização de outras substâncias (“gatilhos”) ou administrar determinadas drogas de forma substitutiva ao crack. As práticas de auto-regulação parecem apontar um processo dinâmico em que o usuário testa e acumula experiências sobre formas de uso e danos associados, utilizando expedientes que visem reduzir riscos e construindo ativamente uma cultura da droga.

Um fator fortemente correlacionado ao uso de crack por longos períodos foi resultado positivo para HIV na internação. A manutenção do consumo por indivíduos soropositivos aumenta a preocupação em se adotarem estratégias de redução de danos (uso consistente de preservativos, distribuição de insumos) que se destinem a evitar a transmissão (re-infecção) do HIV e outras DST (por exemplo, sífilis e gonorréia). O uso abusivo de crack é apontado não só como possível fator de risco para HIV como também “catalisador” do agravamento dessa condição dentre os soropositivos.^{1,4} São recomendadas intervenções combinadas (maximização dos efeitos) para ambas as problemáticas. Torna-se indicado, quanto ao HIV, encaminhamento a unidades de teste e aconselhamento, constante supervisão da adesão aos anti-retrovirais e avaliação da motivação para os cuidados com o corpo e a saúde.² Com exceção de correlação positiva com comportamento sexual seguro (uso de preservativo), não foi possível identificar outros fatores associados à estabilidade das trajetórias de abstinência. Ainda assim, a composição de um grupo de abstenção por anos consecutivos (grupo 1) apontou quebra do ceticismo quanto à possibilidade de se abandonar o crack e sustentar essa condição ao longo do tempo.¹⁶ Na busca por entendimento dos processos de recuperação, há estudos que se destinam à elucidação de indicadores proximamente relacionados à aquisição de padrões de abstinência;^{13,17} como o de Siegal et al²⁴ (2002), que verificaram alta correlação entre abstinência estável e frequência prolongada a tratamento.

Com relação à coorte do presente estudo, o abandono efetivo da droga variou dos primeiros anos até pontos mais avançados da alta. Padrões estáveis de abstinência entre usuários de crack com experiências de tratamento podem se estabelecer tanto em curto prazo como demandar anos para se tornarem consistentes. Em estudo norte-americano realizado entre coorte de

1.271 usuários de drogas (64% de cocaína) estimou-se que o tempo médio entre a experiência de tratamento inaugural e a última ocasião de uso foi de nove anos.⁵ Scott et al²³ (2005) relataram variação de três a quatro episódios de tratamento em longo período até a consecução de padrões estáveis de abstinência. A expectativa de interrupção precoce do uso de crack (alta exigência), além de promover desinvestimento dos cuidados quando frustrada, compromete o percurso de mudança, que pode demandar anos.

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

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

O desenho de pesquisa adotado não favoreceu a investigação e reconhecimento apurado de questões relacionadas à motivação e procura pelo tratamento formal, nem tampouco dos desdobramentos dessa experiência na vida dos usuários, incluindo possíveis contribuições para a adoção de padrões de abstinência estáveis. Além disso, os fatores envolvidos no prolongamento do consumo de crack também não puderam ser explorados, muito possivelmente em função das medidas utilizadas que não se mostraram adequadas para a detecção de correlações positivas que permitissem maior detalhamento desses fatores. Nesse caso, um referencial qualitativo seria útil na elucidação em profundidade dos aspectos em questão, provendo de maneira consubstanciada indicadores e direcionamentos para ações no âmbito dos cuidados.

AGRADECIMENTO

À Silvana Julião do Hospital Geral de Taipas pela realização das entrevistas.

REFERÊNCIAS

1. Baum MK, Rafie C, Lai S, Sales S, Page B, Campa A. Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HiV-positive drug users. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2009;50(1):93-9. DOI:10.1097/QAI.0b013e3181900129
2. Bell C, Metsch LR, Vogenthaler N, Cardenas G, Rodriguez A, Locascio V, et al. Never in care: characteristics of HIV-infected crack cocaine users in 2 US cities who have never been to outpatient HIV care. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010;54(4):376-80. DOI:10.1097/QAI.0b013e3181d01d31
3. Buster MCA, Witteveen E, Prins M, van Ameijden EJC, Schippers G, Krol A. Transitions in drug use in a new generation of problem drug users in Amsterdam: a 6-year follow-up study. *Eur Addict Res*. 2009;15(4):179-87. DOI:10.1159/000228928
4. Celentano D, Sherman SG. The changing landscape of crack cocaine use and HIV infection. *CMAJ*. 2009;181(9):571-2. DOI:10.1503/cmaj.091574
5. Dennis ML, Scott CK, Funk R, Foss MA. The duration and correlates of addiction and treatment careers. *J Subst Abuse Treat*. 2005;28 (Suppl 1):S51-62. DOI:10.1016/j.jsat.2004.10.013
6. Dias AC, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira R. Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5 and 12 years. *Subst Abuse*. 2008;29(3):71-9. DOI:10.1080/08897070802218125
7. Falck RS, Wang J, Carlson RG. Crack cocaine trajectories among users in a midwestern American city. *Addiction*. 2007;102(9):1421-31. DOI:10.1111/j.1360-0443.2007.01915.x
8. Falck RS, Wang J, Carlson RG. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Drug Alcohol Depend*. 2008;98(1-2):24-9. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2008.04.004
9. German D, Sterk CE. Looking beyond stereotypes: exploring variations among crack smokers. *J Psychoactive Drugs*. 2002;34(4):383-92.
10. Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder. *Addiction*. 2006;101(9):1292-8. DOI:10.1111/j.1360-0443.2006.01497.x
11. Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: do they represent a different group? *BMC Public Health*. 2006;6:1-7. DOI:10.1186/1471-2458-6-10
12. Han B, Gfroerer JC, Colliver JD. Associations between duration of illicit drug use and health conditions: results from the 2005-2007 national surveys on drug use and health. *Ann Epidemiol*. 2010;20(4):289-97. DOI:10.1016/j.annepidem.2010.01.003
13. Hser YI, Stark ME, Paredes A, Huang D, Anglin MD, Rawson R. A 12-year follow-up of a treated cocaine-dependent sample. *J Subst Abuse Treat*. 2006;30(3):219-26. DOI:10.1016/j.jsat.2005.12.007
14. Hser YI, Longshore D, Anglin MD. The life course perspective on drug use: a conceptual framework for understanding drug use trajectories. *Eval Rev*. 2007;31(6):515-47. DOI:10.1177/0193841X07307316
15. Laranjeira R, Rassi R, Dunn J, Fernandes M, Mitsushiro S. Crack cocaine: a two-year follow-up study of treated patients. *J Addict Dis*. 2001;20(1):43-8. DOI:10.1300/J069v20n01_05
16. Laudet AB, Savage R, Mahmood D. Pathways to long-term recovery: a preliminary investigation. *J Psychoactive Drugs* 2002;34(3):305-11.
17. McKay JR, Foltz C, Stephens RC, Leahy PJ, Crowley EM, Kissin W. Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. *J Subst Abuse Treat*. 2005;28(Suppl 1):S73-82. DOI:10.1016/j.jsat.2004.10.010
18. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):664-71. DOI:10.1590/S0034-89102008005000039
19. Oliveira LG, Nappo SA. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Rev Psiquiatr Clin*. 2008;35(6):212-8. DOI:10.1590/S0101-60832008000600002
20. Pennings JM, Leccese AP, de Wolff FA. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*. 2002;97(7):773-83. DOI:10.1046/j.1360-0443.2002.00158.x
21. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Lima MS, Laranjeira R. Crack cocaine: a five-year follow-up study of treated patients. *Eur Addict Res*. 2007;13(1):11-9. DOI:10.1159/000095810
22. Rousanville BJ, Tims FM, Horton AM, Sowder BJ, editors. Diagnostic source book on drug abuse research and treatment. Rockville: National Institute on Drug Abuse; 1993. (NIDA Research Monograph).
23. Scott CK, Foss MA, Dennis ML. Pathways in the relapse, treatment, recovery cycle over 3 years. *J Subst Abuse Treat*. 2005;28(Suppl 1):S63-72. DOI:10.1016/j.jsat.2004.09.006
24. Siegal HA, Li L, Rapp RC. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. *Addict Behav*. 2002;27(3):437-49. DOI:10.1016/S0306-4603(01)00184-8

Artigo baseado na tese de doutorado de Dias AC, apresentada ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo em 2010.

Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Processo no 04/13804-1).

Dias AC foi apoiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes; bolsa de doutorado).

Os autores declaram não haver conflito de interesses.