

PADRÕES, DETERMINANTES E USO DE SERVIÇOS ENTRE USUÁRIOS DE CRACK NO MUNICÍPIO DE CAPANEMA, PARÁ, NORTE DO BRASIL

Jailson M. Damasceno¹, Romário R. Cavalcante¹, Naíris C. Raiol¹, Eliezer D. Marques¹, Ana Paula S. Araújo², Ana Caroline C. Cordeiro², Aldemir B. Oliveira-Filho¹.

Grupo de Estudo e Pesquisa em Populações Vulneráveis, Instituto de Estudos Costeiros, Universidade Federal do Pará, Bragança PA, Brasil¹. Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e da Criança, Universidade Federal do Pará². Faculdade de Ciências Biológicas, Campus do Marajó – Soure, Universidade Federal do Pará³.

Suporte Financeiro: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde (MS/SVS) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

*Correspondência: Aldemir B. Oliveira Filho. Faculdade de Ciências Naturais, Instituto de Estudos Costeiros, Campus de Bragança, Universidade Federal do Pará. Alameda Leandro Ribeiro, s/n. CEP: 68.600-000. Aldeia. Bragança PA, Brasil. E-mail: olivfilho@ufpa.br.

RESUMO

O uso de crack constitui um grave problema em cidades brasileiras. Embora os dados existentes estimem que o uso de crack é concentrado entre os jovens marginalizados com muitos problemas de saúde e envolvidos em crimes, ainda há muitas lacunas a serem preenchidas. Este estudo determinou as características sócio-demográficas, descreveu informações relevantes associadas ao uso de crack e identificou fatores associados ao uso de serviços de saúde entre usuários de crack (UC) no município de Capanema, Pará, norte do Brasil. Este estudo selecionou UC em dois bairros de Capanema. Os UC responderam a um questionário estruturado sobre informações sociais, demográficas, uso de crack, estado de saúde física e mental e fatores para utilização de serviços de saúde. Análises exploratórias uni e multivariadas foram realizadas com a informação “busca de atenção médica”. Em 58 UC, a idade média foi de 26 anos. A maioria dos UC pertenciam ao sexo masculino, relatou ser solteiro, informou ser heterossexual, se declarou negro/pardo, possuía reduzida escolaridade e relatou ter obtido recurso financeiro por meio de trabalho formal/informal. Nenhum dos UC havia realizado algum tratamento para dependência química. O tempo médio de uso de crack foi de 40 meses, com um consumo diário de 3 a 12 “pedras” de crack. A maioria dos usuários informou que fumava crack em pequenos cachimbos produzidos manualmente. A maioria dos usuários informaram não ter tido boa saúde física e mental nos últimos 12 meses e não realizaram nenhum procedimento para solucionar os problemas de saúde apresentados. Apoio a obtenção de emprego, apoio ao desenvolvimento educacional, disponibilidade de alimentos e tratamento de saúde no local foram indicados como fatores importantes para uso de serviços pelos usuários. Este estudo descreveu as características sociais, demográficas, de uso de drogas e de saúde de usuários de crack, além de identificar importantes fatores para o uso de serviços pelos usuários de crack. Em suma, a pesquisa forneceu importantes informações para o direcionamento de políticas e de práticas com usuários de crack no município de Capanema, Pará.

Palavras-chaves: Crack, Perfil, Saúde, Políticas e Práticas, Serviços, Capanema.

INTRODUÇÃO

No continente americano, a cocaína e seus derivados são frequentemente descritos entre as drogas psicotrópicas mais consumidas entre usuários de drogas ilícitas⁵⁻²⁴⁻²⁵. Desde o início da década de 1990, o uso de crack se difundiu em diversas cidades do Brasil, tornando-se o derivado de cocaína predominante entre usuários de drogas ilícitas de rua²⁴⁻³⁶. Estimativas sugerem que a população de usuários de crack no Brasil seja constituída por aproximadamente 1 milhão de pessoas, sendo que a maioria desses usuários são jovens, marginalizados e “moradores” de área urbana^{24,11}.

No Brasil, o uso de crack tem gerado atenção e debates controversos sobre estratégias adequadas de intervenção, em especial devido ao seu extenso impacto social, incluindo violência e preocupações com a saúde e segurança das comunidades afetadas por esse problema^{6,5}. Em diversas cidades brasileiras, o surgimento de locais de concentração para uso de crack (comumente denominados de “cracolândias”) aumentou consideravelmente na última década, especialmente em bairros pobres⁵⁵. O envolvimento em crimes de violência e de propriedade, muitas vezes relacionados ao comércio de drogas ilícitas, é comum entre usuários de crack. Por consequência, o envolvimento com problemas judiciais, em especial a detenção em delegacias e prisões, tem se tornado comum entre os usuários de crack^{12,8-40-32-13}.

Além disso, diversos estudos tem evidenciado que usuários de crack apresentam muitos problemas no âmbito social e de saúde, quando comparados a outros usuários de drogas ilícitas^{30,28-27}. Geralmente, os usuários de crack são usuários ativos de muitas drogas, como: álcool, maconha, cocaína e seus derivados²⁵⁻³⁰⁻⁴⁴⁻⁶⁸. Devido ao uso frequente de drogas psicotrópicas, eles apresentam muitas co-morbidades físicas e mentais (exemplos: esquizofrenia, depressão e distúrbios de personalidade)²⁶⁻⁷¹⁻⁵²⁻³³. Comumente, os usuários de crack apresentam diversas infecções virais, especialmente as infecções ocasionadas por vírus transmitidos pelo sangue, como: vírus da imunodeficiência humana (HIV), vírus da hepatite B (HBV) e vírus da hepatite C (HCV). Na maioria dos casos, refletindo a intensa e desprotegida vida sexual e os comportamentos relacionados ao uso de drogas²³⁻⁶³⁻⁶⁶⁻⁵³.

Baseado nesse perfil, os usuários de crack apresentam elevada necessidade de serviços e intervenções no âmbito social e de saúde¹⁵⁻³⁷⁻⁴⁵. No Brasil, os serviços sociais e de saúde para usuários de drogas ilícitas foram substancialmente expandidos a partir de 2000. O elemento-chave dessa expansão foi o centro de atendimento psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS-AD). Eles são suportados pelo governo federal e municipal e atendem gratuitamente usuários de drogas lícitas e ilícitas⁴⁷.

Além disso, vários outros serviços sociais e de saúde, fornecidos por organizações públicas ou não-governamentais, estão disponíveis para usuários de drogas ilícitas em grandes cidades, como centros de assistência social, comunidades terapêuticas e serviços especializados⁴⁶. Entretanto, possivelmente, uma pequena proporção de usuários de drogas acessa esses serviços. Por exemplo, dados norte-americanos sugerem que uma proporção pequena de usuários de drogas acessam algum tipo de serviço básico de saúde ou social. Por consequência, um número limitado de usuários de drogas recebem orientações básicas de saúde ou são submetidos à políticas de redução de danos e intervenções, como tratamento para dependência química⁷.

Há relatos científicos que apresentam uma variedade de razões ou barreiras para usuários de drogas ilícitas não utilizarem serviços sociais e de saúde²⁰⁻⁵⁷⁻⁵⁹⁻³⁵⁻⁶². Em países latino-americanos, essas barreiras incluem: falta de tratamento profissional, ausência de instalações adequadas, falta de confiança no serviço, estigma, custo excessivo, medicação insuficiente, longo tempo de espera, distância geográfica e falta de transporte²¹. Estudos norte-americanos têm mostrado o papel da localização geográfica do serviço e a falta de confiança no sistema de saúde como importantes barreiras de acesso⁵⁷⁻⁵⁹⁻³⁵. Da mesma forma, no Brasil, populações pobres ou marginalizadas enfrentam grandes barreiras para acessar serviços sociais e de saúde, em especial serviços destinados ao tratamento da dependência química³⁹. Essas barreiras são mais evidentes para usuários de crack devido a burocracia imposta pelos serviços, seja público ou privado, como: a falta de identificação ou a ausência de cartão do sistema de saúde³.

OBJETIVOS

Sabendo da necessidade de dados populacionais de usuários de crack nas cidades brasileiras para o melhor direcionamento de políticas e estratégias que visam controlar e prevenir a epidemia de uso de crack, em especial para atender de forma adequada os usuários dessa droga, este estudo determinou as características sócio-demográficas, descreveu informações relevantes associadas ao uso de crack e identificou fatores associados ao uso de serviços de saúde entre usuários de crack no município de Capanema, Pará, norte do Brasil.

MÉTODOS

No estado do Pará, o crack (também conhecido como “oxi”) é a droga ilícita mais utilizada entre os usuários de drogas⁵⁰⁻⁵¹. De acordo com registros da polícia local, os municípios paraenses apresentam um grande número de ocorrência de crimes associados ao uso e ao tráfico de drogas ilícitas (Secretaria de Segurança Pública do Pará, 2012). Este estudo descritivo avaliou duas amostras de comunidade de usuários de crack recrutados em bairros periféricos do município de Capanema (01°11'45"S 47°10'51"O), Pará, norte do Brasil. Esse recrutamento de usuários de crack pode ser considerado como uma amostragem por conveniência (não probabilística). Os bairros “São Cristóvão” e “São José” foram previamente identificados como áreas-chave para o uso e comércio de drogas ilícitas em ruas no município de Capanema. A partir de recrutamento de colaboradores na Secretaria Municipal de Saúde de Capanema (por exemplo: agentes comunitários de saúde), e com o auxílio de pessoas “conhecidas” nos respectivos bairros, os usuários de crack foram abordados.

Os agentes comunitários de saúde e os colaboradores da comunidade divulgaram informações nos bairros do “São Cristóvão” e da “São José” sobre a realização deste estudo para possíveis participantes. Por meio de uma breve entrevista, os participantes foram eleitos para participarem deste estudo. Os critérios para participação no estudo foram: (1) ter feito uso de crack em três ou mais dias/semanas nos últimos três meses, (2) apresentar idade igual ou superior a 18 anos, (3) não estar sob efeito de drogas psicotrópicas, e (4) fornece consentimento por escrito de participação no estudo. O estudo excluiu pessoas que utilizavam crack a pouco tempo (menos de três meses), que apresentavam problemas de saúde mental ou outro problema comportamental que inviabilizasse a avaliação, como agressividade excessiva ou risco à integridade física do

pesquisador. Se eleito, o usuário de crack foi conduzido para local específico para realização de avaliação.

As avaliações individuais foram realizadas em espaço privado no município de Capanema (casa do participante, sala do Campus II da UFPA ou sala de atendimento de unidade básica de saúde), no período de fevereiro a agosto de 2016. Um total de 135 usuários de drogas ilícitas foram abordados pela equipe técnica do estudo. Entretanto, 19 usuários foram excluídos da pesquisa por não apresentar idade adequada (idade inferior a 18 anos), utilizar crack a pouco tempo (menos de três meses) ou não utilizar crack (usuários de outras drogas ilícitas).

A coleta de informações foi realizada por meio de questionário administrado pelo pesquisador com diversos itens sobre características sócio-demográficas, uso de drogas e necessidades de serviços de saúde (idade, sexo, cor, estado civil, nível de escolaridade, status da moradia, renda mensal, obtenção de renda, droga de identificação, drogas já utilizada durante a vida, quantidade de crack utilizada diariamente, forma de uso de crack, detenção, prática de crimes, envolvimento com prostituição, envolvimento com o tráfico, status de saúde física, status de saúde mental, problemas de saúde física e mental, uso de serviços sociais e de saúde, fatores importantes para uso de serviços sociais e de saúde, etc.) (Anexo). Essas informações foram transferidas e organizadas no programa Excel e analisadas estatisticamente no programa BioEstat 5.0. O teste exato de Fischer foi utilizado para análises uni-variadas. As regressões logísticas simples e múltipla foram utilizadas com intuito de construir um modelo de uso de serviço social e de saúde.

Este estudo integra o projeto de pesquisa “Aspectos epidemiológicos das infecções pelo HBV e HCV em usuários de drogas ilícitas nos estados do Amapá e do Pará, norte do Brasil”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Núcleo de Medicina Tropical, Universidade Federal do Pará.

RESULTADOS

Este estudo foi constituído por 58 usuários de crack oriundos dos bairros de São Cristóvão (n = 26) e de São José (n = 32), ambos localizados no município de Capanema, Pará. Em termos de características sócio-demográficas, a idade média dos participantes do estudo foi de 26 anos (amplitude = 18 - 36 anos; desvio padrão = 3,5 anos). Nenhum dos usuários de crack informou que fez ou procurou algum tratamento para dependência química. A maioria dos usuários de crack pertenciam ao sexo masculino, relatou ser solteiro, informou ser heterossexual, se declarou negro ou pardo, possuía ensino fundamental incompleto e relatou ter obtido recurso financeiro nos últimos 12 meses por meio de trabalho formal ou informal (Tabela 1).

O exercício de atividades informais de trabalho foram predominantes entre os usuários de crack. Somente três usuários informaram ter emprego formal. Dentre as atividades profissionais exercidas pelos usuários de crack, as mais citadas foram: ajudante de pedreiro, pintor, vendedor e lavador de automóveis/motocicletas. A renda mensal média desses

usuários foi em torno de um salário mínimo (R\$ 880,00), sendo que nove usuários informaram também que obtiveram recurso financeiro esmolando por Capanema (renda mensal média cerca de R\$ 675,00). Três participantes relataram utilizar recurso financeiro para consumo de crack proveniente de benefício social recebido pelas suas respectivas famílias. Não houve apresentação de qualquer comprovação de renda ou de recebimento de benefício, todos os valores financeiros identificados neste estudo foram baseados em relatos pessoais dos participantes.

Além disso, alguns usuários de crack informaram não ter residência fixa, ter envolvimento em prostituição e em atividades criminais e já ter sido preso em delegacia ou presídio (Tabela 1). De acordo com os relatos, as prisões foram oriundas de violência, roubo e posse de drogas ilícitas. Dentre os 58 usuários de crack, nove (15,5%) relataram que já se prostituíram. Sendo que, quatro desses usuários informaram ser heterossexual, porém já mantiveram relação sexual com indivíduo do mesmo sexo. Em termos de uso, muitos usuários de crack no município de Capanema denominaram o crack de “oxi”. Todos os usuários, após indagação, afirmaram que o crack é chamado de “oxi” nos locais de venda de drogas ilícitas em Capanema.

No total, o tempo médio de uso de crack foi de 40 meses (desvio padrão = 32 meses), com um consumo diário de 3 a 12 “pedras” de crack (Tabela 2). Os participantes do bairro do São Cristóvão relataram um menor de tempo de uso de crack (média de 38 meses) quando comparado aos usuários de crack de São José (média de 41,5 meses). A maioria (n = 42) dos usuários informou que fumava crack em pequenos cachimbos, produzidos manualmente com tampa plástica, papel alumínio, canudo ou pequeno tubo de metal e saco plástico. Porém, houve relatos de uso de crack em copos ou garrafas plásticas e latas de metal e, também, uso de crack com maconha. Sendo que, essa forma de apresentação do crack associado à maconha era comumente denominada como “limãozinho” (Tabela 2).

O uso compartilhado de equipamentos para consumo de crack também foi relatado por muitos participantes em ambos os bairros. Alguns usuários (n = 17) também relataram a ocorrência de queimaduras nas mucosas orais e nasais e feridas orais oriundas do uso do crack. Por fim, alguns usuários de crack informaram que consumia outras drogas psicotrópicas (álcool, tabaco, maconha, pasta de cocaína, cocaína em pó e inalantes/estimulantes) em paralelo ao crack (Tabela 2).

Tabela 1: Características sócio-demográficas de usuários de crack no município de Capanema.

Características	São Cristóvão (n = 26)		São José (n = 32)		Capanema (n = 58)	
	N	%	N	%	N	%
Sexo						
Masculino	23	88,5	26	81,3	49	84,5
Feminino	3	11,5	6	18,7	9	15,5
Cor						
Branco	2	7,7	3	9,4	5	8,6
Negro	5	19,2	6	18,7	11	19,0
Pardo/Outros	19	73,1	23	71,9	42	72,4
Estado Civil						

Solteiro	21	80,8	26	81,2	47	81,0
Casado	5	19,2	6	18,8	11	19,0
Escolaridade						
Analfabeto	2	7,7	1	3,1	3	5,2
Fundamental Incompleto	14	53,8	20	62,5	34	58,6
Fundamental Completo	6	23,1	7	21,9	13	22,4
Médio Incompleto/Completo	4	15,4	4	12,5	8	13,8
Orientação sexual						
Heterossexual	23	88,5	30	93,8	53	91,4
Homossexual	2	7,7	2	6,2	4	6,9
Bissexual	1	3,8	-	-	1	1,7
Status da residência						
Residência própria/familiar	18	69,2	25	78,1	43	74,1
Residência alugada	6	23,1	6	18,8	12	20,7
Instável/Sem residência	2	7,7	1	3,1	3	5,2
Situação Profissional						
Emprego regular/irregular	15	57,7	20	62,5	35	60,3
Desempregado	11	42,3	12	37,5	23	39,7
Envolvimento em prostituição	4	15,4	6	18,8	9	15,5
Envolvimento em crimes	4	15,4	7	21,9	11	19,0
Detenção em delegacia/prisão	7	26,9	11	34,4	18	31,0

Por outro lado, cerca de metade dos usuários de crack relatou que teve boas condições de saúde nos últimos 30 dias. Porém, essa característica não foi relatada quando avaliado o período dos últimos 12 meses (Tabela 3). A maioria dos usuários informou ter tido problemas de saúde física tanto nos últimos 30 dias ($n = 33$) quanto nos últimos 12 meses ($n = 48$). Entretanto, a maioria deles não realizou nenhum procedimento para alterar tal situação. Alguns usuários fizeram uso de medicamentos, sem orientação médica, e buscaram atendimento médico, mas não receberam atendimento adequado (Tabela 3).

Tabela 2: Características de uso de crack em bairros no município de Capanema, Pará.

Características*	Bairros	
	São Cristóvão ($n = 26$)	São José ($n = 32$)
Número de “pedras” de crack usadas diariamente		
Média	4	7
Mediana	5	6
Amplitude	3 – 10	4 – 12
Principais formas de uso de crack		
Fumo de crack misturado com tabaco	1	1
Fumo de crack misturado com maconha	3	3
Fumo de crack em copos plásticos ou latas de metais	4	5
Fumo de crack em cachimbos	18	24

Uso compartilhado de equipamentos para consumo de crack	10	14
Presença de feridas/queimaduras na área da boca e do nariz	7	10
Outras drogas utilizadas		
Álcool	2	2
Tabaco	2	1
Maconha	5	4
Cocaína/pasta de cocaína	5	6
Inalantes/Estimulantes	1	2

*Avaliação dos últimos 30 dias de atividades associadas ao uso de crack.

Além disso, alguns usuários de crack relataram que tiveram boas condições de saúde mental nos 30 dias. Mas, isso não foi relatado quando avaliado o período dos últimos 12 meses (Tabela 3). Muitos usuários informaram ter problemas de saúde mental. Sendo que, alguns usuários relataram que ainda não necessitam de atendimento médico. Entretanto, a maioria dos usuários com problemas mentais informaram que não há serviço para atenção à saúde mental em Capanema, por isso não buscaram tal atendimento. Poucos usuários buscaram atendimento de saúde mental, os quais foram atendidos em unidades básicas de saúde e encaminhados para acompanhamento no CAPS.

Os usuários de crack relataram que a maioria dos problemas de saúde (físico e/ou mental) que tiveram nos últimos 12 meses foram relacionados ao uso de crack, como: inchaços, torções e fraturas decorrentes de agressão física, perda de peso drástica, problemas respiratórios e fortes e frequentes dores de cabeça. A ansiedade, a agressividade e transtornos psicóticos foram características comuns entre os usuários de crack.

A auto-avaliação de características específicas que potencialmente podem influenciar a utilização de serviços indicou que a maioria dos fatores apresentados foram considerados como "importante" (Figura 1). Esses fatores foram baseados no atendimento social e à saúde dos usuários de drogas ilícitas em geral, dentre os quais se destacaram com maiores percentagens: apoio a obtenção de emprego, apoio ao desenvolvimento educacional, disponibilidade de alimentos, tratamento de saúde no local e encaminhamento para tratamento. Por outro lado, muitos usuários informaram que há ausência ou frequência irregular desses fatores no município de Capanema e que por isso não buscam ou não acreditam na eficiência do serviço de saúde oferecido à população.

Tabela 3: Caracterização de estado e de problemas físicos e mentais de saúde em 58 usuários de crack no município de Capanema, Pará.

Características	N	%
Saúde Física:		
Estado físico nos últimos 30 dias		
Excelente/Bom	30	51,7
Razoável/Ruim	28	48,3
Problema físico nos últimos 30 dias	33	56,9
Estado físico nos últimos 12 meses		
Excelente/Bom	6	10,3
Razoável/Ruim	52	89,7
Problema físico nos últimos 12 meses	48	82,8
Procedimentos realizados		

Nenhum	42	72,4
Uso de medicamentos (automedicação)	2	3,5
Busca de atenção médica	4	6,9
Atendimento/Acompanhamento médico	1	1,7
Saúde Mental:		
Estado mental nos últimos 30 dias		
Excelente/Bom	19	32,8
Razoável/Ruim	39	67,2
Problema mental nos últimos 30 dias		
Estado de saúde mental nos últimos 12 meses		
Excelente/Bom	5	8,6
Razoável/Ruim	53	91,4
Problema mental nos últimos 12 meses		
Procedimentos realizados		
Nenhum	44	75,9
Uso de medicamentos (automedicação)	-	-
Busca de atenção médica	2	3,5
Atendimento/Acompanhamento médico	1	1,7

Além disso, a análise uni-variada entre variáveis selecionadas com a “busca de atenção médica” indicou diversas associações importantes. Especificamente, o sexo (feminino) foi diretamente associado com a busca de atenção médica; o elevado tempo de uso de crack e morar em residência instável foram associados com a ausência de busca de atenção médica. Tais associações ocorreram tanto durante as análises dos dados relacionados a saúde física quanto as análises dos dados relacionados a saúde mental. Por fim, a análise multivariada desses fatores com a busca de atenção médica foi excluída devido ao pequeno tamanho da amostra e da geração de sobreposição de intervalos de confiança.

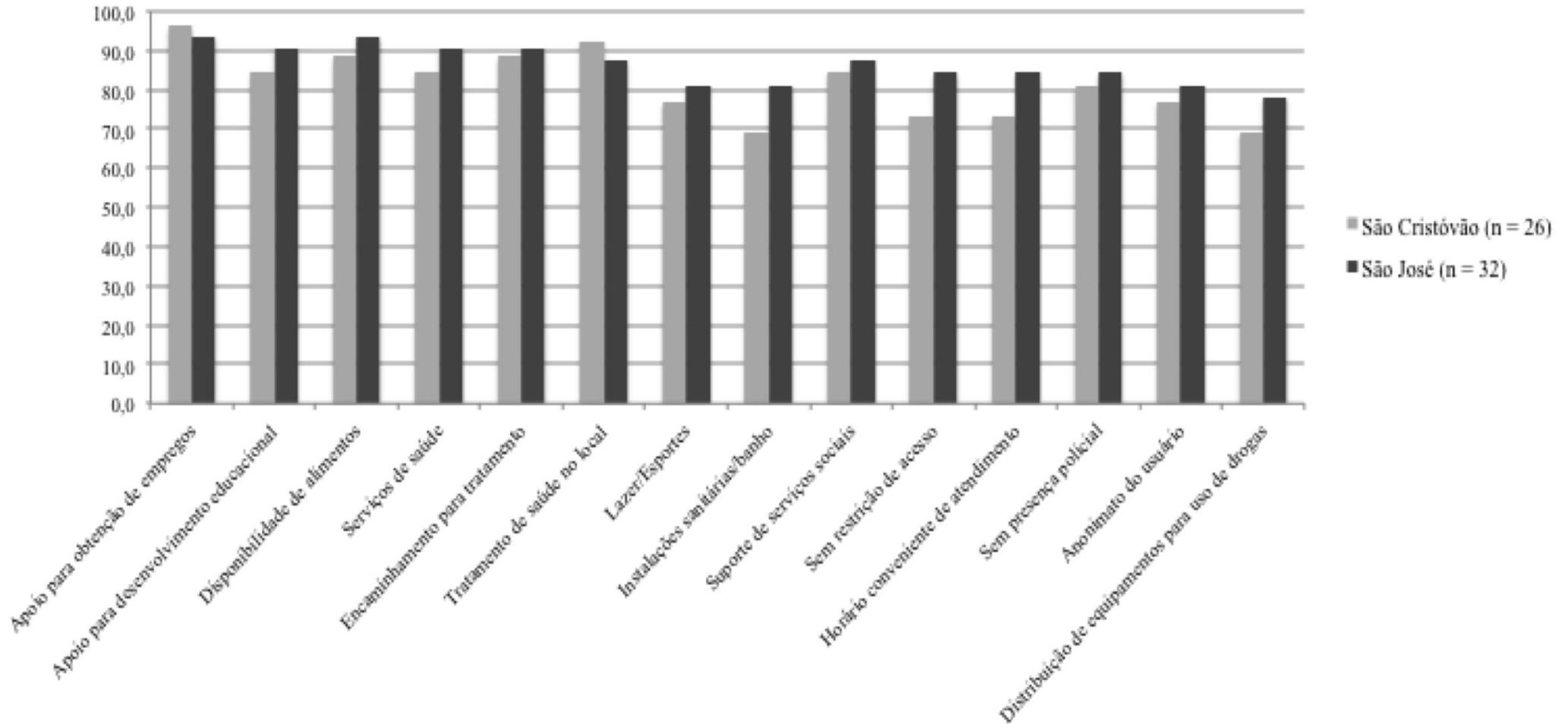


Figura 2: Fatores que potencialmente podem influenciar o uso de serviços por usuários de crack no município de Capanema, Pará.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo apresentam diversas perspectivas e importantes implicações para a população de usuários de drogas ilícitas, em especial aos usuários de crack. Em primeiro lugar, as amostras de usuários de crack dos dois bairros de Capanema indicam elevados níveis de grupos étnicos miscigenados (exemplo: usuários que se declararam “pardos”), baixa escolaridade, desemprego e alguns casos de moradias instáveis (exemplos: mora de “favor” na casa de algum amigo ou na rua). Esses dados são consistentes com resultados de estudos realizados no Brasil e em outros lugares, que descreveram o uso de crack por moradores de rua. Nesses trabalhos foram mostrados que, geralmente, a população urbana de usuários de crack é constituída de jovens, marginalizados e privados de direitos, mesmo quando comparados a outras populações de uso de drogas¹⁻²⁸⁻³⁰⁻⁴⁸.

As características de marginalização socioeconômica (por exemplos: baixa escolaridade, desemprego e habitação instável) estão documentadas como essenciais para o aumento do risco de morbidade ou mortalidade entre as populações de usuários de drogas de rua, como o crack¹⁷⁻⁶⁹. O papel dessa possível marginalização socioeconômica e o seu impacto na vida do usuário de crack deverão ser avaliadas futuramente em outro estudo.

Além disso, os usuários de crack desse estudo informaram que obtiveram recurso financeiro de diferentes fontes, porém com destaque para o trabalho formal e informal. Esse fato é muito comum em populações de uso de drogas ilícitas²²⁻³⁸⁻⁶⁵.

Apesar de número reduzido, alguns participantes também relataram envolvimento com atividades criminosas. A participação em atividades ilícitas é comum entre usuários de drogas ilícitas, em especial entre usuários de crack¹⁰⁻¹⁴⁻⁶³. Dependendo do local, muitos usuários de crack, principalmente usuários de rua, acabam praticando crimes para a obtenção de recurso financeiro e a manutenção do elevado consumo de crack. Neste estudo, apesar da maioria dos usuários de crack ainda disponibilizarem de moradia, alguns já foram detidos pela polícia local. Em Salvador e Rio de Janeiro já foram reportados índices elevados de prisão e de envolvimento com sistema de justiça criminal de usuários de crack, principalmente em decorrência de tráfico de drogas e crimes de violência e de propriedade²⁰.

Além disso, diversas características relacionadas ao uso de drogas foram relevantes para a definição de um padrão de consumo de crack. Em ambos os bairros de Capanema, os padrões de uso intensivo de crack (por exemplo, numerosos episódios de uso diário) foram comuns. Apesar da identificação de um quadro heterogêneo de formas para uso de crack, o fumo do crack em cachimbos preparados manualmente com materiais simples foi predominante nos dois bairros.²⁰ também identificaram um quadro heterogêneo de formas de uso de crack em Salvador (fumo de crack em cachimbos ou combinado com maconha) e Rio de Janeiro (fumo de crack em copos plásticos), indicando uma questão cultural de uso de crack de acordo com a área geográfica.

Neste estudo, o fator cultural pode ser observado com maior nitidez através da denominação “*limãozinho*”, a qual se refere ao fumo de crack com maconha. Nas cidades brasileiras de Salvador e de São Paulo, o fumo de crack com maconha é conhecido como “*pitilho*”²⁰⁻⁴⁹. No Rio de Janeiro, essa mistura de drogas ilícitas é comumente denominada de “*desirée*” ou “*zirrê*”²⁴. Apesar das denominações diferentes, todas fazem referência ao uso combinado de maconha com pequenas pedras de crack. Possivelmente, essa mistura seja uma estratégia de traficantes para iniciar adolescentes e jovens adultos na dependência do crack.

Além disso, uma outra importante característica relatada pelos usuários de crack foi o uso compartilhado de equipamento para consumo de crack. Apesar desse comportamento ser comumente observado entre usuários de crack⁴⁻³¹, ele é uma preocupação para a saúde pública, haja vista que esse procedimento pode funcionar com uma via de risco para a transmissão de patógenos, como o vírus da hepatite C (HCV)³¹⁻⁵¹⁻⁵⁸⁻⁶⁷.

Muitos usuários de crack também demonstraram a presença de feridas nas regiões da boca e do nariz. Possivelmente, isso seja resultado de queimaduras ou traumas decorrentes do uso frequente dessa droga, tal característica tem sido frequentemente detectada em usuários de crack⁴⁻³¹⁻⁴³.

Nos dois bairros de Capanema também foi observada a utilização de outras drogas psicotrópicas em paralelo ao crack. Inicialmente, o uso de crack associado com maconha, tabaco ou bebidas alcoólicas são combinações comumente encontradas em usuários de crack na América do Sul, sendo que isso pode resultar em graves problemas de saúde, em especial ao sistema respiratório²⁻³⁴⁻⁵⁶.

Somado a isso, alguns usuários de drogas ilícitas foram excluídos deste estudo por utilizarem com frequência outras drogas ilícitas. No estado do Pará, o crack ou oxi é a droga ilícita mais utilizada, porém há ainda percentagem significativa de outros usuários de drogas ilícitas, como a maconha, a pasta de cocaína associada à maconha e a cocaína em pó⁵¹⁻⁵⁰⁻⁶⁰. Curiosamente, o uso reduzido de inalantes/estimulantes foi relatado pelos usuários de crack neste estudo. Porém, esse reduzido uso de inalantes/estimulantes também já foi relatada em usuários de crack em Salvador²⁰.

O uso de muitas substâncias psicoativas pode estar direta ou indiretamente associado aos diversos problemas de saúde física e mental vivenciados pelos usuários de crack²⁰⁻³⁹. Neste estudo, os usuários de crack apresentam problemas de saúde no âmbito físico e mental que rotineiramente são relatados nessa população^{24,11-46-20}. Como agravante dessa situação, o uso de serviços saúde pelos usuários de crack é muito baixo no município de Capanema. Tal fato também é comumente observado em estudos com usuários de drogas ilícitas, em especial usuários de crack⁵⁴⁻⁹⁻⁶⁴⁻⁴⁶⁻³⁹.

No Brasil, os serviços de saúde e o tratamento para dependência química são organizados e oferecidos em “redes”, constituída de instituições distintas, como hospitais e unidades básicas de saúde¹⁸. A maior parte do atendimento institucionalizado é acessado em raras circunstâncias pelos usuários de drogas devido a organização e a complexa execução de operações. As unidades básicas de saúde nas comunidades prestem a maior parte dos serviços requeridos pela população de usuários de drogas, mesmo após a expansão de serviços do CAPS. Isso ocorre devido a existência de várias barreiras sistêmicas e estruturais. Por exemplo: há um número muito menor de CAPS do que o número necessário para atendimento de usuários de drogas ilícitas na maioria das cidades brasileiras²⁰⁻⁷². Em grandes cidades brasileiras, o uso de serviços de saúde pelos usuários de drogas é geralmente vinculado ao âmbito social, como a busca de abrigo e de alimentação.

Além disso, este estudo identificou que muitos usuários de crack não acreditam na eficiência dos serviços de saúde existentes no município de Capanema. Possivelmente, essa percepção seja decorrente da precariedade de algumas instituições de saúde no país. Muitos estudos já identificaram também a falta de capacidade ou recursos e questões práticas e burocráticas de atendimento como barreiras que afetam populações marginalizadas, sendo tais características reconhecidas como formas de contribuição para o risco de graves problemas de

saúde⁴²⁻¹⁶⁻¹⁹⁻⁷⁰⁻²⁰. Os resultados deste estudo também indicaram que o gênero (feminino), o tempo de uso de crack e o status de moradia pode influenciar a busca de atenção médica.

No Brasil, os serviços públicos de saúde disponibilizam de poucos recursos. Essa limitação geralmente ocasiona em restrições de planejamento e de oferta de serviços e sobrecarga de trabalho de pessoal, o que pode influenciar na motivação e no atendimento ofertado pelo funcionário²⁰. Essas características negativas podem ser percebidas pela população. Neste estudo, os usuários de crack também relataram suas necessidades através da indicação de fatores importantes para o uso de serviços. Esses fatores podem ser empregados no direcionamento da melhoria de serviços públicos ofertados à população, em especial à população de usuários de drogas.

A maioria dos fatores indicados neste estudo tratou da prestação de serviços básicos (exemplos: higiene, alimentação, educação, emprego, etc.), os quais visaram a melhor e a eficiente utilização dos serviços, o bom relacionamento do prestador com o usuário e o encaminhamento adequado entre as instituições envolvidas na prestação do serviço. Todos os fatores indicados também já foram relatados em outros estudos realizados com populações marginalizadas³⁻⁴¹⁻²⁹. Em suma, os fatores indicados podem ser empregados na concreta expansão de serviços ofertados aos usuários de drogas ilícitas, em especial visando acessar e auxiliar o usuário no tratamento da dependência química.

Este estudo tem algumas limitações, as quais devem ser consideradas. Ele é baseado em amostras de conveniência, as quais podem não ser representativa da população de usuários de crack no município. Entretanto, o estudo pode fornecer o direcionamento adequado da situação local de uso de crack e de algumas necessidades básicas dessa população devido ausência total de informações dessa natureza em Capanema. Além disso, as informações obtidas foram baseadas em questionários, os quais podem influenciar na validade dos dados. Apesar do anonimato ter sido ofertado ao participante do estudo, ele pode ter omitido ou alterado algumas informações.

CONCLUSÕES

Este estudo forneceu importantes informações para o direcionamento de políticas e de práticas com usuários de crack no município de Capanema, Pará. Ele descreveu que a maioria dos usuários de crack no município são jovens pertencentes ao sexo masculino, solteiros, heterossexuais, negros e pardos, com reduzida escolaridade e que obtêm recurso financeiro por meio de trabalho formal ou informal. Sendo que, o estudo também mostrou diversas características relacionadas ao uso do crack, como a elevada quantidade de pedras consumidas diariamente, o longo tempo total consumo e a forma simples de fumar e denominar a droga no município de Capanema. Além disso, esta pesquisa identificou um número elevado de problemas de saúde, física e mental, na população de usuários de crack, sendo destacado a ausência de utilização de serviços de saúde e os fatores relevantes para a melhoria e a utilização de tais serviços.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade T, Lurie P, Medina GM, Anderson K, Dourado I. The opening of South America's first needle exchange programme and an epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil. *AIDS and Behaviour*, 2001; 5(1), 51–64.
2. Andrade T, Santiago L, Amari E, Fischer B. 'What a pity!' – Exploring the use of 'pitolho' as harm reduction among crack users in Salvador, Brazil. *Drugs: Education Prevention and Policy*, 2011;18(5), 382–386.
3. Appel PW, Ellison AA, Jansky HK, Oldak R. Barriers to enrollment in drug abuse treatment and suggestions for reducing them: opinions of drug injecting street outreach clients and other system stakeholders. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2004; 30(1), 129–153.
4. Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre uso de crack e outras drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça, Brasil. 2013; Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Pesquisa_Nacional_sobre_uso_de_crack_e_outras_drogas.pdf. Acessado em: 23/06/2015.
5. Bastos FI. Against the tide: current perspectives in Brazilian drug policy. *Cadernos de Saúde Pública*. 2013; 29(2), 216–218.
6. Bastos FI, Caiaffa W, Rossi D, Vila M, Malta M. The children of mama coca: Coca, cocaine and the fate of harm reduction in South America. *International Journal of Drug Policy*. 2007; 18(2), 99–106.
7. Benjamin-Johnson R, Moore A, Gilmore J, Watkins K. Access to Medical Care, Use of Preventive Services, and Chronic Conditions Among Adults in Substance Abuse Treatment. *Psychiatr Serv*. 2009; 60(12), 1676–1679.
8. Bennett T, Holloway K, Farrington D. The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behaviour*. 2008; 13(2), 107–118.
9. Booth R, Kwiatkowski C, Weissman G. Health-related service utilization and HIV risk behaviors among HIV infected injection drug users and crack smokers. *Drug and Alcohol Dependence*. 1999; 55(1–2), 69–78.
10. Booth RE, Kwiatkowski CF, Chitwood DD. Sex related HIV risk behaviours: Differential risks among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *Drug and Alcohol Dependence*. 2000; 58(3), 219–226.
11. Brasil. Decreto No. 7.179 de 20 de Maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 2010; Retrieved from the Federal Government of Brazil website: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/ Ato2007-2010/2010/ Decreto/D7179.htm>
12. Carvalho HB, Seibel SD. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics*. 2009; 64(9), 857–866.
13. Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Crack cocaine craving: behaviors and coping strategies among current and former users. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45(6), 1168–1175.
14. Chettiar J, Shannon K, Wood E, Zhang R, Kerr T. Survival sex work involvement among street-involved youth who use drugs in a Canadian setting. *Journal of Public Health (Oxford)*. 2010; 32(3), 322–327.

15. Chitwood DD, McBride DC, Metsch LR, Comerford M, McCoy CB. A Comparison of the Need for Health Care and Use of Health Care by Injection-Drug Users, Other Chronic Drug Users, and Non-drug Users. *Am Behav Sci.* 1998, 41(8), 1107–1122.
16. Chitwood DD, Sanchez J, Comerford M, McCoy CB. Primary preventive health care among injection drug users, other sustained drug users, and non-users. *Subst Use Misuse.* 2011; 36(6–7), 807–824.
17. Corneil T, Kuyper L, Shoveller J, Hogg R, Li K, Schechter M. Unstable housing, associated risk behaviour, and increased risk for HIV infection among injection drug users. *Health and Place.* 2006; 12(1), 79–85.
18. Cruz MS, Ferreira SMB: A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPS ad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos (Desenvolvimento de material didático ou instrucional - Capítulo de Módulo). Brasília: Supera; 2006.
19. Cruz MS, Silva-Filho JF. A formação de profissionais para a assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo hábito de cuidado. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* 2005; 15(2):120–126.
20. Cruz MS, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Melo-Villar L, Tiesmaki M, Fischer B. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *International Journal of Drug Policy.* 2009; 24(05), 432–438.
21. Da Silva J, Ventura CAA, da Costa Vargens OM, Loyola CMD, Albarracin DGE, Diaz J, Funes GMR, Hernandez MG, Torres RMG, Rordiguez RJO. Illicit drug use in seven Latin American countries: critical perspectives of families and familiars. *Rev Lat Am* 2009, 17:763–769.
22. DeBeck K, Shannon K, Wood E, Li K, Montaner J, Kerr T. Income generating activities of people who inject drugs. *Drug and Alcohol Dependence.* 2007; 91(1), 50–56.
23. DeBeck K, Kerr T, Li K, Fischer B, Buxton J, Montaner J. Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs. *Canadian Medical Association Journal.* 2009; 181(9), 585–589.
24. Dualibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2008; 24 (Suppl. 4), 545–557.
25. Dunn, J, Laranjeira R. Cocaine – Profiles, drug histories, and patterns of use of patients from Brazil. *Substance Use & Misuse.* 1999; 34(11),1527–1548.
26. 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* 2004, 192(7):503–507.
27. Ferri C P, Gossop M. Route of cocaine administration: Patterns of use and problems among a Brazilian sample. *Addictive Behaviours.* 1999; 24(6), 815–821.
28. Fischer B, Coghlan M. Crack in North American cities: The neglected ‘epidemic’. *Addiction.* 2007; 102(9), 1340–1341.
29. Fischer B. Drugs, communities and ‘harm reduction’ in Germany: the new relevance of ‘public health’ principles in local responses. *J Pub Health Pol.* 1995; 16(4):389–411.
30. Fischer B, Rehm J, Patra J, Kalousek K, Haydon E, Tyndall M. Crack across Canada: Comparing crack and non-crack users in a multi-city cohort of opioid and other street drug users. *Addiction.* 2006; 101(12), 1760–1770.

31. Fischer B, Powis J, Firestone-Cruz M, Rudzinski K, Rehm J. Hepatitis C virus transmission among oral crack users: Viral detection on crack paraphernalia. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*. 2008; 20(1), 29–32.
32. Grogger J, Willis M. The emergence of crack cocaine and the rise in urban crime rates. *Rev Econ Stat*. 2000; 82(4):519–529.
33. 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*. 2005; 4(3):173–176.
34. Haim DY, Lippmann ML, Goldberg SK, Walkenstein MD. The pulmonary complications of crack cocaine: A comprehensive review. *Chest*. 1995; 107(1), 233–240.
35. Hudson AL, Nyamathi A, Greengold B, Slagle A, Koniak-Griffin D, Khalilifard F, Getzoff D. Health-seeking challenges among homeless youth. *Nurs Res*. 2010; 59(3):212–218.
36. Inciardi JA, Surratt HL, Pechansky F, Kessler F, von Diemen, L, da Silva EM. Changing patterns of cocaine use and HIV risk in the south of Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2006; 38(3), 305–310.
37. Kurtz SP, Surratt HL, Kiley MC, Inciardi JA. Barriers to health and social services for street-based sex workers. *J Health Care Poor Underserved*. 2005; 16(2):345–361.
38. Leigey ME, Bachman R. The influence of crack cocaine on the likelihood of incarceration for a violent offence: An examination of a prison sample. *Criminal Justice Policy Review*. 2007; 18(4), 335–352.
39. Malta M, Cavalcanti S, Gliksman L, Adlaf E, Hacker A, Bertoni N, Massard E, Bastos FI. Behavior and major barriers faced by non-injectable drug users with HBV/HCV seeking treatment for hepatitis and drug addiction in Rio de Janeiro, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2011; 16(12), 4777–4786.
40. Manzoni P, Brochu S, Fischer B, Rehm J. Determinants of property crime among illicit opiate users outside of treatment across Canada. *Deviant Behaviour*. 2006; 27(3), 351–376.
41. Marlatt GA. Harm reduction: come as you are. *Addict Behav*. 1996; 21(6), 779–788.
42. McCoy CB, Metsch LR, Chitwood DD, Miles C. Drug use and barriers to use of health care services. *Subst Use Misuse*. 2001; 36(6–7), 789–806.
43. McMahon J, Tortu S. A potential hidden source of hepatitis C infection among noninjecting drug users. *Journal of Psychoactive Drugs*. 2003; 35(4), 455–460.
44. Mesquita F, Kral A, Reingold A, Bueno R, Trigueiros D, Araujo PJ, Santos Metropolitan Region Collaborative Study Group. Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2001; 28(3):298–302.
45. Metsch LR, McCoy HV, McCoy CB, Miles CC, Edlin BR, Pereyra M. Use of Health Care Services by Women Who Use Crack Cocaine. *Women Health*. 1999; 30(1):35–51.
46. Ministério da Saúde da Brasil: Saúde Mental em Dados 11 (ano VII, no 11). [<http://www.ccs.saude.gov.br/SAUDEMENTAL/INDEX.PHP>].
47. Nascimento-Alves DS, da Silva PRF, Costa NR. Advances and challenges of psychiatric reform in Brazil 22 years after the Caracas declaration. *Medwave*. 2012; 12(10):e5545.
48. Nunes CLX, Andrade T, Galvão-Castro B, Bastos FI, Reingold A. Assessing risk behaviours and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among

- female crack cocaine users in Salvador-Bahia, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2007; 11(6), 561–566.
49. Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: A controlled pattern of use. *Revista de Saúde Pública*. 2008; 42(4), 664–671.
 50. Oliveira-Filho AB, Sawada L, Pinto LC, Locks D, Bahia SL, Brasil-Costa I, Lemos JAR. HCV infection among cocaine users in the state of Pará, Brazilian Amazon. *Archives of Virology*. 2013; 158, 1555–1560.
 51. Oliveira-Filho AB, Sawada L, Pinto LC, Locks D, Bahia SL, Castro JAA, Hermes RB, Amaral CEM, Brasil-Costa I, Lemos JAR. Epidemiological aspects of HCV infection in non-injecting drug users in the Brazilian state of Pará, eastern Amazon. *Virology Journal*. 2014; 11,38.
 52. Paim Kessler FH, Barbosa Terra M, Faller S, Ravy Stolf A, Carolina Peuker A, Benzano D, Pechansky F, Brazilian ASI Grp, Brazilian ASI. Group Crack Users Show High Rates of Antisocial Personality Disorder, Engagement in Illegal Activities and Other Psychosocial Problems. *Am J Addict*. 2012; 21(4), 370–380.
 53. Pechansky F, Woody G, Inciardi J, Surratt H, Kessler F, von Diemen L, Bumaguin DB. HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug Alcohol Depend*. 2006; 82(Suppl 1), S109–S113.
 54. Perron BE, Mowbray OP, Glass JE, Delva J, Vaughn MG, Howard MO. Differences in service utilization and barriers among Blacks, Hispanics, and Whites with drug use disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2009; 4(1):3.
 55. Raupp L, Adorno RC. Crack usage circuits in the downtown area of the city of São Paulo. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(5), 2613–2622.
 56. Restrepo CS, Carrillo JA, Martinez S, Ojeda P, Rivera AL, Hatta A. Pulmonary complications from cocaine and cocaine-based substances: Imaging manifestations. *Radiographics*. 2007; 27(4), 941–956.
 57. Rosenblum A, Cleland CM, Fong C, Kayman DJ, Tempalski B, Parrino M. Distance traveled and cross-state commuting to opioid treatment programs in the United States. *J Environ Public Health*. 2011:948789.
 58. Scheinmann R, Hagan H, Lelutiu-Weinberger C, Stern R, Des Jarlais DC, Flom PL. Non-injection drug use and hepatitis C virus: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*. 2007; 89(1), 1–12.
 59. Schmitt SK, Phibbs CS, Piette JD. The influence of distance on utilization of out patient mental health aftercare following inpatient substance abuse treatment. *Addict Behav*. 2003; 28(6), 1183–1192.
 60. Sawada L, Pinheiro ACC, Locks D, Pimenta ASC, Rezende PR, Crespo DM, Crescente JAB, Lemos JAR, Oliveira-Filho AB. Distribution of hepatitis C virus genotypes among different exposure categories in the State of Pará, Brazilian Amazon. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2011; 44(1), 8-12.
 61. Secretaria de Segurança Pública do Estado do Pará. Balanço das ocorrências policiais com registros no Sistema Integrado de Segurança Pública verificadas no estado do Pará, Ano Base: 2012. Disponível em: http://www.segup.pa.gov.br/sites/default/files/2012_nov_03_apresent_bco_ocorr_policias_governador_19_12_12.pdf. Acessado em: 30/06/2015.

62. Sexton RL, Carlson RG, Leukefeld CG, Booth BM. Barriers to formal drug abuse treatment in the rural south: a preliminary ethnographic assessment. *J Psychoactive Drugs*. 2008; 40(2):121–129.
63. Shannon K, Rusch M, Morgan R, Oleson M, Kerr T, Tyndall M. HIV and HCV prevalence and gender-specific risk profiles of crack cocaine smokers and dual users of injection drugs. *Subst Use Misuse*. 2008; 43(3–4), 521–534.
64. Siegal HS, Falck RS, Carlson RG, Wang J, Rahman AM. Health service research among crack-cocaine users: a case study from the Midwest. *Am Behav Sci*. 1998; 41(8), 1063–1078.
65. Stewart D. Drug use and perceived treatment need among newly sentenced prisoners in England and Wales. *Addiction*. 2009; 104(2), 243–247.
66. Szwarcwald CL, Bastos FI, Gravato N, Lacerda R, Chequer PN, de Castilho EA. The relationship of illicit drug use to HIV-infection among commercial sex workers in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *Int J Drug Policy*. 1998; 9(6), 427–436.
67. Tortu S, McMahon J, Pouget E, Hamid R. Sharing of noninjection drug- use implements as a risk factor for hepatitis C. *Substance Use and Misuse*. 2004; 39(2), 211–224.
68. Van der Meer Sanchez Z, Nappo SA. From the first drug to crack: the sequence of drugs taken in a group of users in the city of São Paulo. *Subst Use Misuse*. 2007; 42(1), 177–188.
69. Walley A, Cheng DM, Libman H, Nunes D, Horsburgh JCR, Saitz R. Recent drug use, homelessness and increased short- term mortality in HIV-infected persons with alcohol problems. *AIDS*, 2008; 22(3), 415–420.
70. Widman M, Platt J, Lidz V, Mathis D, Metzger D. Patterns of service use and treatment involvement of methadone maintenance patients. *J Subst Abuse Treat* 1997, 14(1), 29–35.
71. Zubaran C, Foresti K, Thorell MR, Franceschini P, Homero W. Depressive symptoms in crack and inhalant users in southern Brazil. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*. 2010; 9(3), 221–236.
72. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 56 p.: il. (Série B. Textos Básicos em Saúde) ISBN 85-334-0602-91. Promoção da Saúde. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. III. Título. IV. Série.