



Pesquisa Teoria e Metodologia

Qual a relação do uso de *crack* com a ocorrência da situação de rua?

What is the relationship between crack cocaine use and homelessness?

Maycon Rogério Selegim¹
Sueli Aparecida Frari Galera¹

¹ Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Resumo: O presente trabalho propõe a realização de uma reflexão, com apoio da literatura científica, sobre a relação do uso de *crack* com a ocorrência da situação de rua. Sua realização foi motivada pelo desenvolvimento de uma pesquisa de doutorado que analisou a trajetória de 11 usuários de *crack* para a situação de rua na perspectiva de seus familiares. O texto está dividido em duas aproximações teórico-reflexivas sobre a problemática em questão: O fenômeno do uso de *crack* na atualidade e Especificidades da população em situação de rua e a relação com o uso de *crack*. Conclui-se que, com base na literatura científica acessada para a elaboração deste trabalho, pode-se inferir que o uso de *crack* tem uma relação casuística importante para a ocorrência da situação de rua, principalmente devido às características culturais e fisiológicas do uso da droga.

Palavras-chave: saúde pública; pessoas em situação de rua; cocaína *crack*.

Abstract: This paper proposes a reflection, supported by scientific literature, about the role of the *crack* cocaine use in the homelessness. The motivation was based on a previous doctoral research that analyzed 11 *crack* cocaine users' trajectory to the streets in the family perspective. The article is structured into two theoretical-reflexive approaches: The current phenomenon of *crack* cocaine use and Specifics of the population living on the streets and the relationship with the *crack* cocaine use. We concluded that, based on the scientific literature accessed for the elaboration of this paper, it is possible to affirm that the *crack* cocaine use has an important casuistic relation for the occurrence of the street situation, mainly due to the cultural and physiological characteristics of this drug.

Keywords: public health; homeless persons; *crack* cocaine.

1. Introdução

O abuso de drogas é um sério problema de saúde pública devido à complexidade de sua natureza, a extensão do número de indivíduos acometidos, bem como a maior vulnerabilidade às doenças, prostituição, problemas familiares, violências, tráfico de drogas, sobrecarga dos aparatos governamentais, exclusão social e marginalização¹⁻².

Nos últimos anos, a presença marcante de usuários de *crack* (con)vivendo nas ruas, verificada pela população em geral e frequentemente divulgada pela mídia impressa e falada, tem suscitado debates em torno da eficácia dos tratamentos em saúde mental, e despertado o interesse sobre os motivos e os fatores envolvidos na ocorrência desse fenômeno³⁻¹³.

2. O Fenômeno do uso de *crack* na atualidade: primeira aproximação

De acordo com o último Relatório Mundial sobre Drogas da Organização das Nações Unidas (ONU), cerca de 246 milhões de pessoas ou um pouco mais de 5% da população mundial entre 15 e 64 anos de idade, consumiram drogas ilícitas em 2013. Por outro lado, usuários com uso problemático de substâncias psicoativas (SPA) totalizaram em torno de 27 milhões².

No Brasil, estatísticas situam o álcool e o tabaco como as drogas mais consumidas pela população. Dados do *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*, indicam que o consumo médio estimado de álcool pelo brasileiro é de 8,7 litros, ou seja, 40% maior do que a média mundial. Inquéritos nacionais de base domiciliar reforçam esses dados¹⁴. Por exemplo, a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), considerada o maior inquérito já realizado sobre a situação de saúde da população brasileira, encontrou que a prevalência do consumo abusivo de álcool pelo menos uma vez, nos 30 dias anteriores à pesquisa, foi de 13,7%. Foram pesquisadas 60.202 pessoas com 18 anos ou mais de idade, sendo 48,3% do sexo masculino e 51,7% do feminino¹⁵.

Apesar de o álcool e o tabaco serem estatisticamente as drogas mais consumidas pela população brasileira, o uso de *crack* tem representado um sério problema em virtude das consequências individuais, sociais e familiares, e um desafio para as políticas públicas de saúde^{12,16-18}. Assim, apesar de sua baixa extensão epidemiológica, a severidade e a significância de seu uso têm exigido ações de enfrentamento, seja no âmbito do tratamento, da prevenção e/ou da redução de danos¹⁹⁻²².

O *crack* é um subproduto da cocaína, substância extraída das folhas da planta denominada *Erythroxylon coca*, encontrada em países da América do Sul e da América Central, sendo quimicamente uma pasta de coca combinada, dentre outros componentes, com bicarbonato de sódio²³. Os primeiros relatos de sua introdução em território brasileiro foram descritos na cidade de São Paulo, no final da década de 1980, que, inicialmente circunscritos em bairros da periferia paulistana, alcançou outras localidades e atualmente seu uso pode ser verificado nas diferentes classes sociais²⁴⁻²⁵.

Quanto à epidemiologia do *crack*, pesquisas realizadas nas últimas décadas têm apontado para o aumento do número de usuários. Comparando-se dois levantamentos epidemiológicos sobre o uso de drogas em grandes cidades brasileiras, observa-se que no ano de 2005 a proporção de indivíduos com uso de *crack* alguma vez na vida era de 0,7%, já em 2012 essa proporção passou para 1,4%, o que corresponde a 1,8 milhões de usuários²⁶⁻²⁷. Outra pesquisa realizada entre os anos de 2012 e 2013 nas capitais do país encontrou um total de 370 mil usuários de *crack*, o que corresponde a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nessas cidades²⁸.

A literatura é clara ao mostrar que usuários de *crack* possuem tipicamente mais problemas de saúde e sociais do que usuários de outras drogas ilícitas, principalmente problemas relacionados à marginalização e à situação de rua^{7,29-31}. Considerando-se as condições clínicas apresentadas por esses usuários, estudos têm reportado altas taxas de contágio por agentes de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o risco aumentado para o contágio pelo vírus HIV, principalmente entre as mulheres^{22,32-33}.

Nesse aspecto, estudo longitudinal de 18 meses realizado no Canadá com 206 participantes encontrou que quase metade da amostra (101 – 49%) estava envolvida em comportamentos de risco, como por exemplo, o sexo desprotegido com múltiplos parceiros e a troca de sexo por *crack* e/ou dinheiro³⁴. No Brasil, embora as taxas de contágio entre os usuários de *crack* sejam comprovadamente menores em comparação aos usuários de outros países,

estimativas recentes da prevalência do HIV/AIDS entre usuários de drogas ilícitas no país indica uma prevalência 5,9%, ou seja, 10 vezes maior que a taxa da população geral^{31,35}.

O uso do *crack* também tem sido relacionado com o aumento do risco de contágio por outros agentes de doenças transmissíveis, como a hepatite C (HVC)³⁶⁻³⁷ e a tuberculose³⁸⁻³⁹. Por exemplo, estudo canadense reportou a presença do HVC e do *mycobacterium tuberculosis* nos aparatos utilizados para consumir o *crack*, bem como altas taxas de infecção na população investigada⁴⁰, enquanto um estudo americano encontrou que usuários de *crack* têm 3.87 mais chances de contágio pelo HCV³⁷.

O uso crônico de *crack* pode acarretar ainda prejuízos neurológicos, com alterações significativas no funcionamento cognitivo dos indivíduos, além de patologias e co-morbidades psiquiátricas⁴¹. Sobre os prejuízos neurológicos, avaliação realizada sobre as alterações cognitivas em 55 usuários de *crack* do Estado do Rio Grande do Sul, por meio da escala Mini-Exame do Estado Mental, evidenciou que o uso crônico de *crack* parece alterar o funcionamento cognitivo geral, a memória verbal, e os recursos de atenção, considerando o baixo desempenho dos usuários no teste⁴².

Usuários de *crack* também apresentam altas taxas de transtornos de personalidade anti-social (TPA) e outros problemas psicológico-psiquiátricos, como aponta estudo realizado com 738 usuários de SPA em quatro capitais brasileiras⁴³. De acordo com o estudo, 25% dos usuários de *crack* apresentaram TPA, enquanto os usuários de cocaína aspirada e os outros usuários de SPA apresentaram 9% cada⁴³.

Com relação às consequências sociais, Oliveira e Nappo⁶ caracterizando pela primeira vez a cultura do *crack* na cidade de São Paulo entre os anos de 2004 e 2005, já alertavam para os problemas “não orgânicos” do consumo de *crack* como, por exemplo, o envolvimento dos usuários com atividades ilegais ligadas ao tráfico e à troca de sexo por *crack* e/ou dinheiro. Ribeiro, Sanchez e Nappo⁴⁴, em uma pesquisa qualitativa com 30 usuários de *crack*, com o objetivo de identificar as estratégias utilizadas para minimizar ou evitar os riscos decorrentes do consumo, confirmaram que os maiores riscos foram àqueles relacionados à ilegalidade da droga, como os problemas com a polícia e as questões referentes ao tráfico.

A exposição a estas situações, somado ao contexto sociocultural envolvido na ilegalidade da droga e aos comportamentos adotados pelos usuários, torna-os mais vulneráveis a mortes por causas externas, especialmente os homicídios^{10,45}. Dias et al⁴⁵, investigando uma coorte de 131 dependentes de *crack* admitidos em uma enfermaria de desintoxicação na cidade de São Paulo entre os anos de 1992-1994, verificou que após cinco anos de acompanhamento 23 (17,6%) pacientes haviam falecido, e após 12 anos, 27 (20,6%) deles. Os autores verificaram que nos períodos estudados, o homicídio foi à principal causa de óbito entre os usuários de *crack* – 56,6% no primeiro e 59% no segundo estudo⁴⁵.

Resultados de estudos internacionais também têm corroborado as consequências sociais verificadas em usuários de *crack*. Por exemplo, pesquisa realizada em cinco cidades do Canadá com o objetivo de identificar diferenças nas características de uso entre 334 usuários de *crack* e 283 usuários de outras drogas, verificou que além dos usuários serem mais propensos ao envolvimento em atividades violentas/ilícitas e a marginalização, estes apresentaram maiores taxas de falta de moradia permanente, possuindo maior propensão a experimentar episódios de situação de rua⁷.

3. Especificidades da população em situação de rua e a relação com o uso de *crack*: segunda aproximação

A situação de rua representa um sério e perturbador problema social em muitos países. Dados da ONU estimam que existam atualmente em todo o mundo cerca de 100 milhões de pessoas nas ruas, 600 milhões vivendo em abrigos, e mais de um bilhão sem condições de moradia digna⁴⁶. No Brasil, a última pesquisa de abrangência nacional realizada com essa população aconteceu em 2008 e indicou um contingente de 31.922 adultos vivendo nessas condições⁴⁷.

Apesar da relevância dessas pesquisas, observa-se que considerando o ano de realização das mesmas, estes dados não refletem na atualidade a dimensão do problema. Somente na cidade de São Paulo, o último censo realizado em 2015 mostrou que existem 15.905 pessoas vivendo em situação de rua na cidade, cuja taxa de crescimento entre o período de 2009-2015 foi

de 2,56%⁴⁸. Chama atenção que em 2000, ano de realização do primeiro censo e aproximadamente 10 anos após o surgimento do *crack*, havia na cidade 8.706 pessoas nas ruas. Ou seja, houve um crescimento de mais de 54% no período de 2000-2015⁴⁸.

O problema é tão complexo que até mesmo denominar os indivíduos em situação de rua é uma tarefa difícil. Na literatura existe uma variedade de termos que são utilizados para designar e/ou classificar esta população, os quais variam de acordo com a cultura de cada país e são influenciadas especialmente pelas condições de subsistência nas ruas⁴⁹. No Brasil, os termos mais utilizados são *maloqueiro*, *albergado*, *mendigo*, *andarilho*, dentre outras nomenclaturas⁴⁹⁻⁵¹.

Legalmente, a política nacional considera a população em situação de rua como as pessoas que não possuem moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, incluindo-se as unidades de acolhimento para pernoite temporário (*albergue*)⁴⁷.

Quanto à classificação dessa população, Vieira et al⁵² distingue “ficar na rua, circunstancialmente”, “estar na rua, recentemente” e “ser de rua, permanentemente”. Internacionalmente, pessoas de rua têm sido classificadas em crônicos – pessoas que estão na rua por seis meses ou mais, episódicos – pessoas que entram e saem da situação de rua, e transacionais – pessoas que estão em abrigos por um curto período de tempo⁵³. No entanto, todas essas classificações se fundamentam na visão da permanência na situação de rua, como fator de cronificação.

Raupp e Adorno⁹ investigando o *crack* na região central da cidade de São Paulo conhecida como “Cracolândia”, indicam que, nesse espaço/território, a situação de rua é um fenômeno caracterizado pela situação de passar o dia e a noite nas ruas, comumente alternando com períodos de estadas em albergues, abrigos, em casa de familiares ou ainda com épocas nas quais, por meio da obtenção de trabalho remunerado, é possível alugar um local para residir. Para esses casos, segundo os autores, ao invés de moradores de rua, a expressão “pessoas em trânsito pela rua”, seria mais apropriada.

Na pesquisa que motivou a realização deste trabalho, adotou-se o conceito de “experiências de situação rua” para se referir as pessoas que deixaram as suas casas e passaram a “estar” nos espaços públicos e/ou privados, sendo tal situação identificada pelas famílias como decorrente do uso de *crack*. Este conceito pareceu ser o mais adequado ao se abordar o fenômeno, pois enfatiza o aspecto processual da passagem pela rua e não como estado permanente, além de permitir a inclusão de outras formas de existir/ocupar os espaços urbanos. O termo também foi de encontro à ideia de que a situação de rua não é um fenômeno estanque, pontual ou imutável, mas é passível de transformação.

Fato importante é que, independentemente de como a população em situação de rua seja definida, sua relação com o uso de *crack* na atualidade tem desafiado os pesquisadores, bem como os órgãos governamentais e a sociedade em geral, a buscar possíveis soluções para sua prevenção e resolução. Embora as pesquisas realizadas nas últimas décadas indiquem que a situação de rua seja causada por uma multiplicidade de fatores, que variam desde a dinâmica econômica e estrutural da sociedade, até razões pessoais e psicológicas, os usuários de *crack*, tanto no Brasil como em outros países, têm aumentado as características de vinculação com as ruas^{7,54}.

Por exemplo, em Vancouver no Canadá, estudo sobre os fatores associados ao uso de *crack* em lugares públicos, realizado com 623 pessoas de uma coorte de usuários de drogas injetáveis, com o objetivo de avaliar o potencial da inalação supervisionada de *crack*, verificou que consumir o *crack* em lugares públicos é uma prática comum, também associada a problemas com a polícia e a maiores chances dos usuários se envolverem em atividades ligadas ao tráfico de drogas⁵⁵. O estudo verificou ainda, que daqueles que utilizavam drogas em espaços públicos, 58% fazia o uso diário de *crack*, enquanto aqueles que não utilizavam drogas em espaços públicos, apenas 30% utilizava o *crack* diariamente⁵⁵. Isso indica, dentre outros aspectos, que o consumo de *crack* em lugares públicos, como nas ruas, parece provocar uma maior gravidade na dependência da droga⁵⁵.

Nos casos investigados na pesquisa realizada por estes autores, chamou atenção que nenhuma família entrevistada relatou a ocorrência de um “primeiro episódio de situação de rua”, mas ao contrário, relataram sobre eventos que remetiam a um aprofundamento da relação dos

indivíduos com o *crack* e com a situação de rua, alternando com períodos de estabilidade – retorno ao ambiente familiar, e instabilidade – saída para os ambientes das ruas¹³.

Quanto ao período de estabilidade, os familiares descreveram este momento como o retorno dos usuários para o ambiente familiar após o esgotamento físico e mental devido a longos dias de uso ininterrupto de *crack* nas ruas. Por outro lado, em relação ao processo de saída para os ambientes da rua (período de instabilidade), os familiares contaram sobre situações em que é possível reconhecer quando os usuários tendem a retornar para a situação de rua¹³.

Neste aspecto, o estudo encontrou duas situações importantes. Primeiro, a existência de uma fase anterior à saída para as ruas, entendida por alguns familiares como a ocorrência de uma “crise”. E, segundo, que este acontecimento é marcado pela presença de comportamentos de tédio e perda de interesse pelas atividades habituais com posteriores comportamentos de ansiedade e de fissura pela droga, culminando então com a saída dos usuários para as ruas¹³.

Pesquisas apontam, também, que apesar de ter ocorrido mudanças na cultura da droga com a inclusão do padrão de uso controlado, o número de usuários que ainda fazem o uso compulsivo de *crack* é expressivo e se relaciona à ocorrência de experiências de situação de rua⁶. A fissura provocada pelo uso de *crack* leva muitos usuários a manterem um padrão de uso repetitivo: passam dias ininterruptos nas ruas consumindo *crack* e outras drogas, e depois voltam para as suas casas para recuperação da saúde ou devido a outras condições⁶.

O padrão de uso compulsivo também se relaciona com a maior dificuldade de tratamento desses usuários. Dias, Araújo e Laranjeira¹⁰, pesquisando a evolução do consumo de *crack* em uma coorte de usuários com histórico de tratamento, encontraram que a recorrência e persistência do consumo nos anos pós-alta de tratamento refletem novas modalidades do uso do *crack*. Por outro lado, padrões de abstinência estável apontam a viabilidade dos processos de recuperação relativos ao uso de *crack*.

4. Considerações Finais

Conclui-se que, com base na literatura científica acessada para a elaboração deste trabalho, pode-se inferir que o uso de *crack* tem uma relação casuística importante para a ocorrência da situação de rua, principalmente devido às características culturais e fisiológicas do uso da droga.

Evidenciou-se que independentemente de como a população em situação de rua é definida, os estudos revisados indicam que consumir o *crack* em lugares públicos é uma prática comum, que está associada a problemas com a polícia e a maiores chances dos usuários se envolverem em atividades ligadas ao tráfico de drogas. Os estudos são enfáticos ao afirmar que apesar de ter ocorrido mudanças na cultura da droga com a inclusão do padrão de uso controlado, o número de usuários que fazem o uso compulsivo de *crack* ainda é grande e está relacionado à ocorrência das experiências de situação de rua.

Essa relação põe em evidência a necessidade da elaboração de políticas públicas multisetoriais, para além de um discurso higienista, com foco na prevenção, no tratamento, na reabilitação, e especialmente com foco no paradigma da redução de danos. Alternativas promissoras realizadas em países desenvolvidos, como por exemplo, as salas de consumo de *crack*, poderia ser uma alternativa a ser considerada para o contexto brasileiro.

5. Agradecimentos

Pesquisa realizada com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo número 207259/2014-3.

6. Referências Bibliográficas

1. Costa JSD, Victora CG. O que é "um problema de saúde pública"? Rev. bras. Epidemiol 2006; 9(1):1-2.

2. United nations office on drugs and crime. World Drug Report 2015. Vienna, 2015. 162 p. https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf. Acesso em 30.03.2015.
3. Tyler K, Schmitz RM. Family histories and multiples transitions among homeless young adults: pathways to homelessness. *Child Psychol Psychiatry Review* 2013; 35(1):1719-26.
4. Castel R. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. 5. ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
5. Sarti CA. A continuidade entre casa e rua no mundo da criança pobre. *J. Hum. Growth Dev.* 1995; 5(1-2):39-47.
6. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(4):664-71.
7. Fischer B et al. Crack across Canada: comparing crack non-crack users in a multi-city cohort of opioid and others street drug users. *J Addict* 2006; 101(12):1760-70.
8. Raupp L, Adorno RCF. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(5):2613-22.
9. Raupp L, Adorno RCF. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. *Rev. Bras. Adolesc. Confl.* 2011; 1(4):52-67.
10. Dias AC, Araújo MR, Laranjeira R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev. Saúde Pública* 2011; 45(1): 938-48.
11. Kessler F et al. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *Am J Addict* 2012; 21(4):370-80.
12. Selegim MR, Oliveira MLF. Influência do ambiente familiar no consumo de crack em usuários. *Acta Paul. Enferm.* 2013; 26(3):263-68.
13. Selegim MR. A trajetória de usuários de crack para a situação de rua na perspectiva de familiares [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2016. 150 p.
14. World Health Organization . Global status report on alcohol and health 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1. Acesso em 02.06.2016.
15. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2015; 24(2):227-37.
16. Galera SAF. Coping with crack consumption. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(6):1193-4.
17. Machado DG, Monteiro CFS. Repercussões do uso do crack em usuários: revisão sistemática da literatura. *Rev Enferm UFPI.* 2013; 2(n. esp):80-4.
18. Fischer B et al. Crack across the Americas - a massive problem in continued search of viable answers: exemplary views from the North (Canada) and the South (Brazil). *Int J Drug Policy* 2013; 24(6):631-3.
19. Bastos FI. Structural violence in the context of drug policy and initiatives aiming to reduce drug-related harm in contemporary Brazil: a review. *Subst Use Misuse* 2012; 47(13-14):1603-10.
20. Santos MFS, Acioli Neto ML, Souza YS. O. Representações sociais do crack na imprensa pernambucana. *Estud. Psicol.* 2012; 29(3):379-86.
21. Romanini M, Roso A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. *Psicol., Ciênc. Prof.* 2012; 32(1):82-97.
22. Nappo SA, Sanchez ZM, Oliveira LG. Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. *Subst Use Misuse* 2011; 46(4):476-85.
23. Bergeron H. Sociologia da droga. 1. ed. São Paulo: Idéias & Letras, 2012. 160 p.
24. Dunn J et al. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Subst Use Misuse* 1996; 31(4):519-27.
25. Perrenoud LO, Ribeiro M. Histórico do consumo de crack no Brasil e no Mundo. In: Laranjeira R, Ribeiro M. (org). *O tratamento do usuário de crack.* 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2012.
26. Carlini EA et al. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil, 2005. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/ Secretaria Nacional Antidrogas; 2007.
27. Abdalla RR et al. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). *Addict Behav* 2014; 39(1):297-301.
28. Bastos FI, Bertoni N. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. Rio de Janeiro, RJ, 2013. http://sbmt.org.br/portal/wp-content/uploads/2013/01/Livreto_Domiciliar_17set.pdf. Acesso em 14.08.2014.
29. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010; 376(9752):1558- 65.

30. Cruz MS et al. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *Int J Drug Policy* 2013; 24(5):432-38.
31. Cruz MS et al. Comparing key characteristics of young adult crack users in and out-of-treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2014; 9(2):1-7.
32. Atkinson, J. S. et al. Multiple sexual partnerships in a sample of African-American crack smokers. *AIDS Behavior* 2010; 14(1):48-8.
33. Kopetz C et al. Gender and social rejection as risk factors for engaging in risky sexual behavior among crack/cocaine users. *Prev Science* 2014; 5(3):376-84.
34. Duff P et al. Sex-for-Crack exchanges: associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian city. *Harm Reduct J* 2013; 10(29):2-8.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Progress report on the Brazilian response to HIV/AIDS (2010-2011). Brasília, DF, 2012.
36. Sá LC et al. Soroprevalência da Hepatite C e fatores associados em usuários de Crack. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2013; 21(6):1195-202.
37. Nurutdinova D et al. Risk factors associated with Hepatitis C among female substance users enrolled in community-based HIV prevention studies. *BMC Res Notes* 2011; 4(126):1-9.
38. Leece P et al. Acute and Chronic Respiratory Symptoms among Primary Care Patients Who Smoke Crack Cocaine. *J Urban Health* 2013; 90(3):542-51.
39. Story A, Bothamley G, Hayward A. Crack cocaine and infectious tuberculosis. *Emerg Infect Diseases J* 2008; 14(9):1466-69.
40. Fischer B et al. Hepatitis C virus transmission among oral crack users: viral detection on crack paraphernalia. *European Gastroenterol J* 2008; 20(1):29-32.
41. Stroehrer FH. Aspectos neuropsicológicos do uso de crack. [monografia de especialização]. Porto Alegre (RS): Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2010. 26 p.
42. Oliveira LG et al. Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. *Subst Use Misuse* 2009; 44(13):1941-57.
43. Kessler F et al. Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *Am J Addict* 2012; 21(4):370-80.
44. Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo SA. Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. *BMC Public Health* 2010; 10(1):671-81.
45. Dias AC et al. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *Subst Abuse Treat* 2011; 41(3):273-278.
46. Organização das Nações Unidas. Habitat - 100 million homeless in world. <http://www.un.org/cyberschoolbus/habitat/units/un05hous.asp>. Acesso em 14.08. 2014
47. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à Fome. Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua. Brasília, DF, 2008.
48. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo, 2015. http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/assistencia_social/observatorio_social/2015/censo/FIPE_smads_CENSO_2015_coletivafinal.pdf. Acesso em 02.06.2016
49. Varanda W, Adorno RCF. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde Soc.* 2004; 13(1):56-69.
50. Justo JS, Nascimento EC. Errância e delírio em andarilhos de estrada. *Psicol. Reflex. Crít.* 2005; 18(2):177-87.
51. Nascimento EC. Nomadismos contemporâneos: um estudo sobre errantes trecheiros. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp., 2008.
52. Vieira MAC et al. População de rua: quem é, como vive, como é vista. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
53. Arce AA, Vergare MJ. Identifying and characterizing the mentally ill among the homeless. In: Lamb, H. R. (Org). *The Homeless Mentally Ill*, 1. ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1984. p. 75-89.
54. Grant R et al. Twenty-five years of child and family homelessness: where are we now?. *Am J Public Health* 2013; 103(2):1-10.
55. Debeck K et al. Public crack cocaine smoking and willingness to use a supervised inhalation facility: implications for street disorder. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2011; 6(4):2-8.

Artigo Recebido: 09.08.2016

Aprovado para publicação: 18.11.2016

Maycon Rogério Selegim

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP-USP)

Av. dos Bandeirantes, 3900,

CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP – Brasil

E-mail: mselegim@yahoo.com.br
