



[emcdda.europa.eu](http://emcdda.europa.eu)

## Cocaine and 'base/crack' cocaine

EMCDDA 2001 selected issue

*In EMCDDA 2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*

# Questões específicas

No presente capítulo destacam-se três questões específicas ligadas ao problema da droga na Europa: a cocaína e a cocaína base/*crack*, as doenças infecciosas e as drogas sintéticas.

## Cocaína e cocaína base/*crack*:

Na UE tem vindo a aumentar a preocupação com o consumo crescente de cocaína, embora as tendências do consumo de cocaína e respectivas consequências na UE sejam difíceis de verificar. Em primeiro lugar, os dados nacionais, por exemplo de inquéritos ou centros de tratamento, não reflectem modificações de prevalência e problemas que ocorrem em áreas geográficas muito localizadas em determinadas cidades, nem alterações concentradas em meios sociais específicos. Em segundo lugar, a informação actual sobre a cocaína carece muitas vezes de definições claras e científicas: por exemplo, os sistemas de informação raramente distinguem entre «base/*crack*» e hidrocloreto de cocaína ou entre os diferentes preparados de «base/*crack*». Essas diferentes formas de cocaína têm diferentes características de mercado e padrões de consumo diferentes e geram problemas diferentes, e é necessária a compreensão de todos estes aspectos para a definição de políticas e respostas no plano da redução da procura eficazes.

### Prevalência, padrões e problemas

#### Prevalência

Nem os estudos sobre a população em geral nem os estudos com incidência em populações escolares revelam um aumento geral dos níveis de consumo de cocaína na UE. O Reino Unido é o único Estado-Membro em que se confirmou um aumento da prevalência ao longo da vida do consumo de cocaína nos jovens adultos com idades entre os 16 e os 29 anos. O ponto focal nacional italiano dá conta de que diversas fontes em Itália mostraram que o consumo de cocaína só é superado pelo de *cannabis* e é superior ao anfetaminas ou de *ecstasy*.

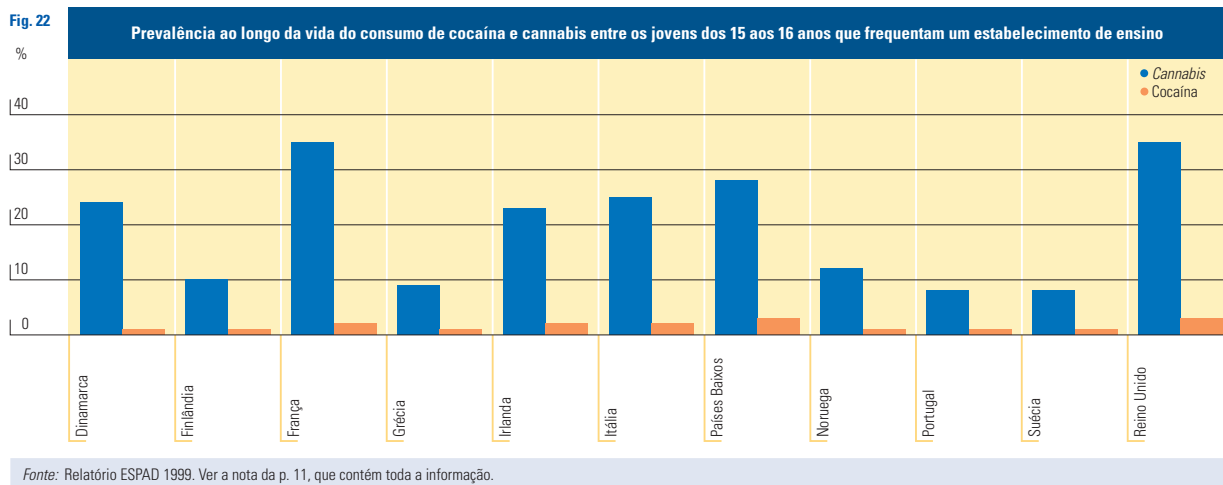
Um estudo levado a cabo em 1999 em escolas europeias mostra que o consumo experimental de cocaína (prevalência ao longo da vida) entre estudantes com 15-16 anos de idade continua a ser reduzido, sendo muito inferior ao consumo de *cannabis*. Em todos os

### O que são a cocaína e o *crack*?

A cocaína é uma droga estimulante extraída das folhas do arbusto *Erythroxylon coca* e foi desenvolvida em meados do século XIX para tratar uma grande variedade de doenças. A designação química da droga uma vez transformada é hidrocloreto de cocaína e é geralmente vendida «na rua» sob a forma de um pó cristalino, conhecido por diversos nomes, tais como «coca» e «branca». Regra geral é consumida por inalação e, menos frequentemente, dissolvida em água e injectada.

«Base» de cocaína ou «*crack*» são termos correntes para designar a cocaína tratada com vista a ser fumada ou consumida por inalação de vapor, por forma a provocar efeitos imediatos e intensos. Há pelo menos três métodos para fabricar «base/*crack*» (1). Um desses métodos dá origem a um produto limpo, através da adição de água quente e amónia ou bicarbonato de sódio e da remoção da camada de líquido em excesso que contém os diluentes. Outro método, que dá origem a uma menor concentração de cocaína, é o que consiste em aquecer uma pasta de cocaína e bicarbonato de sódio num forno microondas, conservando-se todos os diluentes no produto final.

A cocaína e a «base/*crack*» distinguem-se geralmente entre si pelo aspecto físico e pelo grau de pureza, podendo a distinção tornar-se complicada por alguma base/*crack* se assemelhar fisicamente ao hidrocloreto de cocaína.



Estados-Membros incluídos no estudo, a cocaína estava menos disponível do que o *ecstasy*, apesar de se registarem variações importantes entre países. Os países onde se registavam as maiores percentagens de estudantes de 15-16 anos para os quais a cocaína estava facilmente disponível eram a Irlanda e o Reino Unido (respectivamente 20% e 21%) e as menores percentagens registavam-se na Finlândia (6%). No entanto, em todos os países da UE incluídos no estudo a disponibilidade da cocaína era consideravelmente inferior à que se regista no caso do mesmo grupo etário nos EUA (2). A desaprovação do consumo de cocaína é muito grande e de intensidade mais ou menos equivalente em todos os países participantes e igual aos níveis de desaprovação do consumo de heroína.

### Padrões

Apesar de não se registarem fenómenos dramáticos a nível da população em geral a nível nacional, há níveis mais acentuados de consumo de cocaína em determinados contextos sociais. Os estudos realizados até há pouco sobre os consumidores de cocaína mostravam a existência de fronteiras bem definidas que distinguiam os consumidores recreativos de cocaína em pó (hidroclorato) dos consumidores, problemáticos, de «base/crack» e de cocaína sob forma injectável. Encontra-se uma vasta gama de padrões recreativos de consumo de cocaína em pó entre grupos de pessoas que frequentam discotecas e locais de dança e que usam cocaína em pó para fins sociais e utilitários. Esses consumidores recreativos distinguem-se dos grupos marginalizados, tais como os jovens

**Quadro 3** Comparação entre a prevalência ao longo da vida da cocaína em estudos de consumidores específicos e em estudos da população

|                                      | PLV entre os indivíduos frequentadores de festas |                     |   | Jovens adultos da população em geral |                     |                    |
|--------------------------------------|--|---------------------|---|--------------------------------------|---------------------|--------------------|
|                                      | % PLV  | Dimensão da amostra | (Ano) e fonte   | % PLV                                | Dimensão da amostra | Ano e faixa etária |
| Áustria                              | 42   | 50                  | (1999) «Ravers» austríacos  | -                                    | -                   | -                  |
| Bélgica                              | 45   | 154                 | (1998) Festival de rock, comunidade francesa  | -                                    | -                   | -                  |
| Dinamarca                            | -  | -                   | -   | 3,1                                  | 14 228              | 2000 16-34 anos    |
| Finlândia                            | -  | -                   | -   | 1,2                                  | 2 568               | 1998 15-34 anos    |
| França                               | 56   | 896                 | (1999) Festas de «rave» «techno», Médecins du Monde   | 1,9                                  | 2 003               | 1999 15-34 anos    |
| Alemanha Ex-occidental e ex-oriental | -  | -                   | -   | 2,2                                  | 6 380               | 1997 18-39 anos    |
|                                      | -  | -                   | -   | 0,4                                  | 1 620               | 1997 18-39 anos    |
| Países Baixos                        | 48   | 456                 | (1998) Questionário aos indivíduos frequentadores de festas em Amsterdão (23% de respostas) | 3,7                                  | 22 000              | 1997/98 15-34 anos |
| Espanha                              |  |                     |   | 4,8                                  | 12 488              | 1999 15-34 anos    |
| Reino Unido                          | 62   | 517                 | (1997) Release drugs and dance (1)  | 6,4                                  | 10 293              | 1998 16-34 anos    |
|                                      | 18 crack   |                     |   |                                      |                     |                    |
|                                      | 50   | 100                 | (1999) Indivíduos frequentadores de festas em Liverpool (2)                                 |                                      |                     |                    |
| Irlanda do Norte                     | 45   | 106                 | (2000) Consumidores de ecstasy na Irlanda do Norte  |                                      |                     |                    |

(1) Release (1997) Release Dance and Drugs Survey: an insight into the culture. London.

(2) Henderson, S. (2000). «Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and Market Research Project», 1999-2000.

Fontes: Pontos focais nacionais e referências quando houver uma.

## Questões específicas

sem-abrigo, trabalhadores do sexo e consumidores problemáticos de heroína que fumam «base/crack» ou que injectam cocaína misturada com heroína, em áreas geográficas muito localizadas em determinadas cidades. Todavia, a fronteira entre cocaína em pó e «base/crack» pode vir a esbater-se devido a uma tendência emergente para fumar cocaína em contextos recreativos e de vida nocturna e a alterações recentes do mercado. Em primeiro lugar, cinco Estados-Membros registaram uma nova tendência que consiste em misturar «base/crack» com tabaco e fazer um «charro» para fumar: França, Grécia, Itália, Países Baixos e Reino Unido. Em segundo lugar, alguns serviços de medicina legal informaram que alguma «base/crack» se assemelha fisicamente à cocaína em pó (hidroclorato), o que torna difícil à polícia e a consumidores inexperientes distinguirem as substâncias (8). Terceiro, no Reino Unido, há indicações de que a «base/crack» para fumar está a ser reconstruída e comercializada com novas designações, tais como «rock» e «stone», e que estas servem para distinguir a cocaína pronta a fumar da «base/crack» e para melhorar a imagem do preparado junto de segmentos mais elevados do mercado, aproximando-a da imagem da cocaína em pó (4).

A prevalência do consumo de cocaína é muito mais elevada em subpopulações com elevada prevalência de consumo de outras drogas do que nos jovens adultos em geral. O quadro 3 («Comparação entre a prevalência ao longo da vida da cocaína em estudos de consumidores específicos e em estudos da população») mostra uma diferença substancial entre a prevalência ao longo da vida de consumo de cocaína relativamente elevada entre jovens frequentadores de discotecas ou outros locais de dança e as taxas, muito menores, registadas entre os jovens adultos em geral. O custo relativamente elevado da cocaína e a reduzida duração dos efeitos desta são factores desfavoráveis a um consumo recreativo regular, podendo acontecer que um nível elevado de rendimentos disponíveis seja um factor significativo para um consumo regular. Em contextos recreativos nocturnos, há tendência para algumas pessoas, com a cocaína, beberem quantidades significativamente maiores de álcool do que habitualmente. A cocaína serve para aumentar a sociabilidade ao moderar os efeitos indesejáveis do álcool.

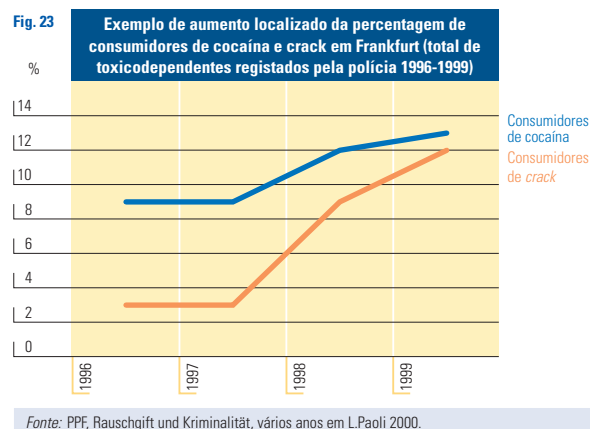
### Problemas

Entre 1994 e 1999 o número de clientes que procuraram tratamento por problemas associados ao consumo de cocaína enquanto droga principal — relativamente ao número total de clientes que procuraram tratamento — aumentou substancialmente em Espanha e nos Países Baixos. A Alemanha, a Grécia e a Itália também apresen-

taram um aumento proporcional dos tratamentos contra o consumo de cocaína, tendo a Irlanda apresentado aumento até 1998 (22). No Reino Unido e nas partes francófona e flamenga da Bélgica também se registou aumento. Faltam estudos comparáveis sobre consumidores de cocaína em tratamento na UE, e os aumentos proporcionais de clientes que procuram auxílio devido a problemas de cocaína poderão indicar um aumento real dos problemas com cocaína, mas podem também ser resultado de uma redução do número de clientes que procuram auxílio devido a problemas com opiáceos, ou resultarem do facto de clientes anteriormente com problemas de opiáceos transferirem o seu principal problema de toxicod dependência para a cocaína. O desenvolvimento de serviços cada vez mais atraentes para os consumidores de cocaína também podem influenciar os números relativos ao tratamento. Alguns serviços de tratamento informaram que se registou um aumento do consumo de cocaína entre os clientes em tratamento da dependência da heroína, em especial cocaína fumada na forma de «base/crack» ou tomada por via intravenosa com heroína.

A figura 23 dá um exemplo do aumento localizado de consumidores de «base/crack» que não tem reflexo a nível nacional. Em Frankfurt, a percentagem de consumidores de crack relativamente à totalidade dos toxicod dependentes registados pela polícia aumentou quatro vezes entre 1996 e 1999.

Os serviços de saúde e os consumidores de cocaína raramente dão conta de casos mortais ou de problemas de saúde física como consequência directa da inalação de cocaína em pó por via nasal, e, uma vez que os consumidores recreativos tendem a consumir cocaína juntamente com grandes quantidades de álcool ou outras drogas, é difícil identificar as causas de experiências negativas. Não obstante, a Itália, o Luxemburgo e os



(22) Figura 15 OL: Cocaína: evolução dos novos clientes admitidos a tratamento (versão em linha).

Países Baixos registam um aumento do número de óbitos relacionados com esta droga e a Espanha regista um aumento das urgências hospitalares em que estava envolvida cocaína, além de outras drogas. Uma maior consciencialização do pessoal dos serviços de urgência dos hospitais para o papel potencial da cocaína em perturbações cardiovasculares poderá estar na base de maiores taxas de ocorrências registadas (4).

Foram identificados problemas de saúde, sociais e psicológicos graves associados ao consumo de «base/crack» fumado, em especial em grupos marginalizados, tais como os consumidores problemáticos de opiáceos, os sem-abrigo e outros jovens desfavorecidos e as trabalhadoras do sexo. Não é claro até que ponto os problemas são consequência directa do consumo desta forma de cocaína só por si, ou da frequência e quantidade do consumo, ou de problemas sociais, psicológicos ou de droga anteriores.

### Mercado

Em 1999, o número de apreensões de cocaína aumentou de forma pronunciada no Luxemburgo e na Suécia, enquanto decresceu na Áustria, na Bélgica e na Dinamarca. Os preços de venda a retalho registados variam entre 24 euros e 170 euros por grama, com cidades como Amesterdão e Frankfurt no extremo inferior e Estados-Membros como a Finlândia e a Suécia a registarem os preços mais elevados. Em França e no Reino Unido, os preços da venda a retalho diminuíram, mas a pureza manteve-se em geral elevada entre 55% e 70% até finais de 1999, momento em que se registou no Reino Unido um decréscimo acentuado do grau médio de pureza do *crack* (10). Encontram-se marcadas as acentuadas variações geográficas dos preços nos Estados-Membros. Pequenas quantidades de cocaína, em partes de grama ou na forma de «bolas» ou «pedras» encontram-se por menos de 15 euros em algumas cidades, em especial nas que têm «cenas» de droga abertas e em que as concentrações de cocaína podem cair substancialmente (por exemplo, Frankfurt, Milão, Paris, Londres, Manchester e Liverpool). A distribuição de cocaína efectua-se em primeiro lugar através de cadeias de amigos de amigos, mas em algumas cidades assiste-se a um tráfico aberto nos estabelecimentos de diversão nocturnos e em certas ruas. O tráfico em casas particulares e os serviços de entrega foram muito facilitados pela maior comodidade e protecção (na forma de anonimato) proporcionadas aos traficantes pelos telefones portáteis (4,5,6,7).

Registou-se um aumento da disponibilidade de cocaína pronta a fumar («base/crack») em várias cidades europeias (Amesterdão, Roterdão, Londres, Liverpool, Manchester, Frankfurt, Milão e Paris), mas os métodos de

a preparar (e os níveis de concentração de cocaína daí resultantes, que podem ir até 100%) variam e são geradores de confusão para os sistemas de informação sobre drogas, além de que a ausência de definição científica para termos empregues na rua tais como «crack» e «base» colocam problemas a nível das respostas no plano educativo e no plano da prevenção. Na rua, a cocaína pode ser vendida já misturada com heroína

Segundo as informações existentes, a Bélgica, a Espanha e os Países Baixos são pontos de trânsito muito importantes para a cocaína proveniente da América Latina (especialmente Colômbia, Brasil e Venezuela) e destinada ao resto da União Europeia. Em 1999, foram desmantelados em Espanha seis laboratórios de transformação de cocaína, e atribuí-se a esse facto os aumentos subsequentes do preço da cocaína por grosso em Espanha.

### Projectos de intervenção e novas abordagens

A resposta da UE ao aumento do consumo de cocaína e *crack* assumiu três formas principais no domínio da redução da procura. Durante a década de 90, um pequeno número de cidades desenvolveu serviços especializados para fazer face às necessidades de problemas primários de cocaína e para visarem grupos particularmente vulneráveis, de que são exemplo a Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. em Frankfurt e «Take Five» em Roterdão. Alguns Estados-Membros registaram esforços para adaptar as estruturas existentes por forma a irem ao encontro das necessidades dos consumidores problemáticos de cocaína e *crack*. Por exemplo, em França e no Reino Unido, estão a ser desenvolvidas estratégias pluridisciplinares entre profissionais envolvidos no sentido da recolha e intercâmbio de informação sobre as necessidades dos consumidores de cocaína e *crack*, por forma a desenvolver formação adequada e a adaptar modelos e serviços de tratamento existentes com vista a proporcionar o tipo de serviços mais eficazes para corresponder às necessidades dos consumidores de cocaína e *crack*. Em terceiro lugar, alguns Estados-Membros destacaram a necessidade de fazer face às consequências criminais e de saúde do policonsumo em geral.

É difícil obter dados do sector privado sobre respostas a problemas de cocaína, mas, ainda assim, é provável que esse sector desempenhe um papel significativo no tratamento de consumidores problemáticos de cocaína socialmente privilegiados.

### Exemplos de tratamento para problemas de cocaína

Foram descritos poucas respostas de tratamento nos relatórios dos Estados-Membros. No entanto, a Alemanha e os Países Baixos destacaram intervenções especificamente concebidas para problemas de cocaína.

## Questões específicas

Em Frankfurt, a organização de juventude Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. oferece um processo de tratamento dirigido à toxicodependência por cocaína e que é adaptado às necessidades de cada cliente individual. A fase inicial de «choque», que dura alguns dias, tem lugar ou num quadro ambulatorio, com apoio psicossocial, ou, na forma de processo de desintoxicação, num hospital. A fase seguinte envolve seis semanas de tratamento em internamento durante as quais o cliente cumpre um programa diário que inclui sessões de tratamento em grupo e individuais. A fase de recuperação, ou em ambulatorio ou em internamento, visa o restabelecimento ou o melhoramento de contactos e relações com o núcleo familiar e com a família ou parceiros.

Em Roterdão está em funcionamento desde 1996 o «Take Five», programa de tratamento para grandes consumidores de «base/crack». O programa, administrado pelos serviços municipais de saúde, funciona como um serviço de porta aberta («low threshold»). Numa primeira fase, equipas de rua contactam consumidores de «base/crack» em diferentes locais, tais como pontos de tráfico de drogas, salas de consumo ou centros de crise. Numa segunda fase, o paciente frequenta um chamado «local de pausa» («time out location»), que proporciona apoio 24 horas por dia, com um médico generalista e psiquiatras disponíveis se necessário. O objectivo da terceira fase é estabilizar a saúde do cliente e dar início à reabilitação. A experiência de Roterdão regista que a acupunctura é muito procurada pelos seus clientes para relaxação.

### Questões de política em matéria de droga

Na União Europeia, há um mercado de consumidores recreativos de drogas com rendimentos elevados que ou receiam o conteúdo pouco fiável dos comprimidos de *ecstasy* e a possibilidade de riscos de saúde agudos e a longo prazo associados, ou não querem repetir as suas experiências passadas com o MDMA e os respectivos efeitos desagradáveis no início ou a meio da semana. Estudos efectuados mostram que, do ponto de vista dos consumidores recreativos de cocaína, esta é considerada mais previsível e versátil e menos desagradável do que o *ecstasy*, e os efeitos secundários da cocaína são considerados menos graves ou desagradáveis e de menor duração do que os efeitos secundários do *ecstasy* ou das anfetaminas (3).

Os estudos sobre consumidores de cocaína identificaram distinções sociais óbvias e subculturas claramente separadas entre os consumidores de cocaína em pó (hidroclorato) e os fumadores de «base/crack» — mas as fronteiras podem ser postas em causa com as recentes transformações do mercado e a tendência emergente no sentido de fumar cocaína «base/crack» misturada com

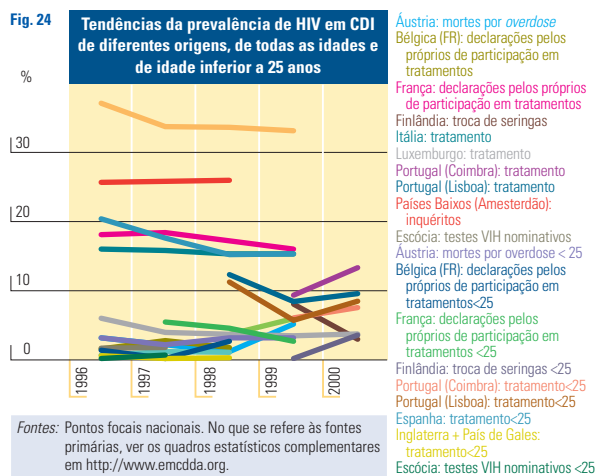
tabaco na forma de «charros» em contextos recreativos e nocturnos. O resultado dessas transformações pode enfraquecer os tabus contra o consumo de «base/crack» fumada, tabus que existiram e que actuaram como formas de controlo informal para evitar a difusão do *crack* na cultura corrente de consumo de drogas. Tais sinais de erosão de controlos sociais informais do consumo de «base/crack» mais não fazem senão tornar mais urgente uma resposta em tempo útil.

Uma imagem positiva, utilitária e de prestígio da cocaína em pó e, talvez, da cocaína base/crack, em conjunto com a existência de uma afluência de potenciais consumidores, poderia resultar numa expansão do consumo de cocaína na UE, incluindo a cocaína base/crack. Tal potencial de difusão deve ser abordado com cuidado, já que uma informação parcial sobre a cocaína base/crack pode dar lugar à criação de mitos sobre o seu consumo, os quais podem desviar a atenção dos persistentes problemas estruturais com que se debatem algumas zonas urbanas (9).

### Fontes

(Relatórios dos pontos focais nacionais, 2000).

- (1) The Forensic Science Service, Drug Abuse Trends, n.º 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, Londres, 1999.
- (2) The 1999 ESPAD Report The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs Swedish Council for information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and The Pompidou Group at the Council of Europe.
- (3) A. Boys *et al.*, Cocaine Trends: A Qualitative Study of Young People and Cocaine Use, National Addiction Centre, Londres, 2001.
- (4) A. Ghuran and J. Nolan, Recreational drug misuse: issues for the cardiologist, *Heart* Vol. 83, 2000, p. 627-633.
- (5) K. Brain, H. Parker and T. Bottomley, Evolving Crack Cocaine Careers: New Users, Quitters and Long Term Combination Drug Users, in NW England University of Manchester, 1998.
- (6) L. Paoli, Pilot Project to Describe and Analyse Local Drug Markets: First-year report to the EMCDDA, Max Planck Institute, Freiburg, 2000.
- (7) P. Blanken, C. Barendregt, L. Zuidmulder, Retail level drug dealing in Rotterdam in Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research EMCDDA Scientific Monograph Series, n.º 4, 2000.
- (8) Drug Abuse Trends, Issue n.º 10, New Series, Oct./Dec. 1999.
- (9) D. Hartman & A. Golub, The Social Construction of the Crack Epidemic, in the Print Media Journal of Psychoactive Drugs, vol. 31 (4), 1999.
- (10) Home Office Statistical Bulletin 2000.



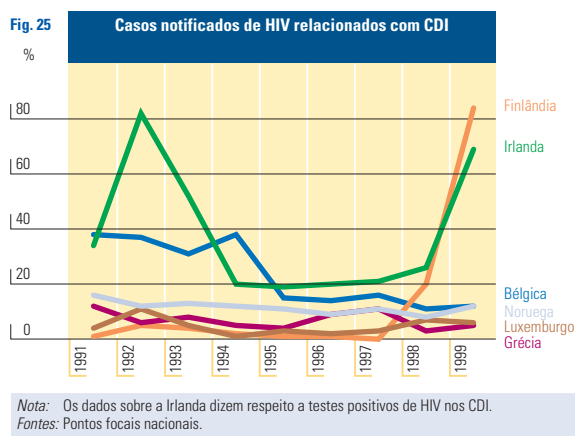
## Doenças infectocontagiosas

### Prevalência e tendências

#### HIV

A prevalência de infecção por HIV difere muito entre países, e, dentro de cada país, entre regiões e cidades. Apesar de a existência de fontes e métodos de recolha de dados divergentes tornar difícil proceder a comparações, os dados disponíveis indicam níveis médios de infecção entre diferentes subgrupos de consumidores de drogas injectáveis (CDI) que *grosso modo* variam entre cerca de 1% no Reino Unido e 32% em Espanha (ver figura 8, capítulo 1).

A prevalência de HIV parece ter estabilizado na maior parte dos países desde meados dos anos 90 após os acentuados declínios que se seguiram à primeira epidemia muito importante entre CDI nos anos 80 (ver figura 24). Em alguns países (Áustria, Finlândia, Irlanda, Luxemburgo Países Baixos e Portugal) a transmissão poderá estar ainda a aumentar em alguns subgrupos de CDI (ver caixa na p. 17, no capítulo 1).

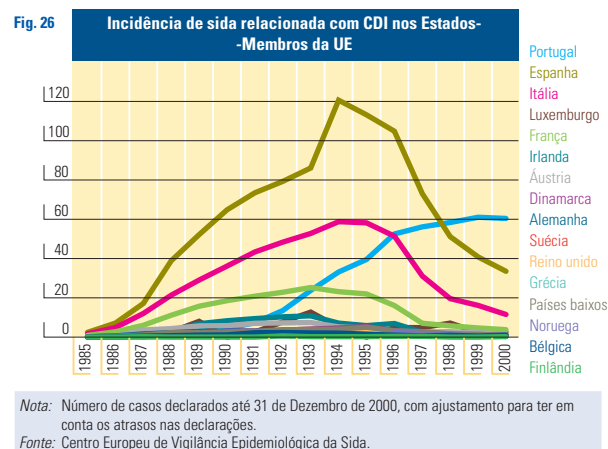


A transmissão recente pode ser mais clara se examinarmos especificamente a prevalência em CDI de idade inferior a 25 anos. As infecções por HIV neste grupo devem ter-se dado em média mais recentemente, já que a maior parte dos CDI começam a injectar-se com idades compreendidas entre os 16 e os 20 anos (1, 2). As tendências nesse grupo etário, tanto quanto dispomos de dados, são mais acentuadas do que a prevalência geral e apresentam-se mesmo, por vezes, no sentido oposto. Na Finlândia, por exemplo, deu-se um grande surto em 1998-1999, como se pode ver a partir dos dados relativos às notificações de casos de HIV (ver figura 25). A partir de 1999, a prevalência geral decresceu, como se verifica a partir dos dados relativos a trocas de seringas (ver figura 24), mas a prevalência entre jovens CDI aumentou de 0% em 1999 para cerca de 4% em 2000. Tal facto poderá indicar que, ao mesmo tempo que se começou a assistir a um declínio da ocorrência de novos casos de infecção entre consumidores mais antigos de drogas injectáveis, devido a saturação (a maioria dos indivíduos em risco foram infectados) e/ou à modificação de comportamentos por parte dos indivíduos em risco, deram-se novos casos de infecção principalmente em consumidores de drogas injectáveis mais jovens, os quais muitas vezes apresentam níveis mais elevados de comportamentos de risco.

Em vários países, a prevalência do HIV é significativamente maior em CDI do sexo feminino do que entre CDI do sexo masculino. Isso poderá dever-se a maiores taxas ou diferentes modos de partilha de seringas e/ou a maiores riscos sexuais das CDI do sexo feminino.

#### Sida

Os países onde os CDI mais foram afectados pela sida são principalmente os da parte Sudoeste da União Europeia, nomeadamente Espanha, França, Itália e Portugal (23). A incidência de sida varia muito de uns



(23) Figura 16 OL: Casos de sida diagnosticados em 1999 em CDI por milhão de habitantes (versão em linha).