

POR José Joaquim

Crack

O crack é uma mistura de cloridrato de cocaína (cocaína em pó), bicarbonato de sódio ou amônia e água destilada, que resulta em pequeninos grãos, fumados em cachimbos (improvisados ou não). É mais barato que a cocaína mas, como seu efeito dura muito pouco, acaba sendo usado em maiores quantidades, o que torna o vício muito caro, pois seu consumo passa a ser maior.

Estimulante seis vezes mais potente que a cocaína, o crack provoca dependência física e leva à morte por sua ação fulminante sobre o sistema nervoso central e cardíaco.

Quais são as reações do crack? O que ele provoca no organismo?

O crack leva 15 segundos para chegar ao cérebro e já começa a produzir seus efeitos: forte aceleração dos batimentos cardíacos, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas, suor intenso, tremor muscular e excitação acentuada, sensações de aparente bem-estar, aumento da capacidade física e mental, indiferença à dor e ao cansaço. Mas, se os prazeres físicos e psíquicos chegam rápido com uma pedra de crack, os sintomas da síndrome de abstinência também não demoram a chegar. Em 15 minutos, surge de novo a necessidade de inalar a fumaça de outra pedra, caso contrário chegarão inevitavelmente o desgaste físico, a prostração e a depressão profunda.

Estudiosos como o farmacologista Dr. F. Varella de Carvalho asseguram que "todo usuário de crack é um candidato à morte", porque ele pode provocar lesões cerebrais irreversíveis por causa de sua concentração no sistema nervoso central.

O crack é uma droga mais forte que as outras?

Sim, as pessoas que o experimentam sentem uma compulsão (desejo incontrolável) de usá-lo de novo, estabelecendo rapidamente uma dependência física, pois querem manter o organismo em ritmo acelerado. As estatísticas do Denarc (Departamento Estadual de Investigação sobre Narcóticos) indicam que, em Janeiro de 1992, dos 41 usuários que procuraram ajuda no Denarc, 10% usavam crack e, em Fevereiro desse mesmo ano, dos 147 usuários, já eram 20%. Esses usuários, em sua maioria, têm entre 15 e 25 anos de idade e vêm tanto de bairros pobres da periferia como de ricas mansões de bairros nobres.

Como o crack é uma das drogas de mais altos poderes viciantes, a pessoa, só de experimentar, pode tornar-se um viciado. Ele não é, porém, das primeiras drogas que alguém experimenta. De um modo geral, o seu usuário já usa outras, principalmente cocaína, e passa a utilizar o crack por curiosidade, para sentir efeitos mais fortes, ou ainda por falta de dinheiro, já que ele é bem mais barato por grama do que a cocaína. Todavia, como o efeito do crack passa muito depressa, e o sofrimento por sua ausência no corpo vem em 15 minutos, o usuário usa-o em maior quantidade, fazendo gastos ainda maiores do que já vinha fazendo. Para conseguir, então, sustentar esse vício, as pessoas começam a usar qualquer método para comprá-lo. Submetidas às pressões do traficante e do próprio vício, já não dispõem de tempo para ganhar dinheiro honestamente; partem, portanto, para a ilegalidade: tráfico de drogas, aliciamento de novas pessoas para a droga, roubos, assaltos, etc.

"O doce se torna amargo na medida em que o efeito do crack passa e a necessidade psicológica assim o pede de volta".

Dentre todos os componentes do time das drogas. Dos componentes do time da morte. Está a figura do crack. O crack como o mais avassalador, como o mais devastador de todo o conjunto de entorpecentes ou dos elementos químicos alucinógenos, que torna o seu usuário no maior dependente perigoso e debilitado existente. Torna o dependente capaz de qualquer coisa, capaz de matar ou morrer para sustentar o seu vício.

Crítica é a situação em que se acha o usuário e dependente do crack. Crítica não melhor é a situação em que se vive os seus entes queridos que nada fizeram para merecer tal castigo.

A violenta crise situacional e emocional do dependente do crack parece fugir-lhe toda a perspectiva de dias melhores. As ocorrências no terreno familiar e social vão caminhando sempre em largas vertentes para o mal e para dias piores. A vida vivida pelos envolvidos com o vício do crack parece esvair-se entre os dedos das suas próprias mãos.

O crack não uma droga nova mas uma nova via de administração da cocaína. Isto faz diferença quanto a

rapidez de ação e por motivos operacionais, pois seu baixo custo torna-a atraente para o consumo. Todas as informações a respeito dos efeitos do crack devem ser procurados nas páginas sobre cocaína. Nesta seção é tratado apenas das peculiaridades do crack.

No começo dos anos 80 a pasta de coca foi transformada numa forma nova chamada base livre, que permite a volatilização (transformação em vapor) da cocaína, permitindo com que a cocaína pudesse ser fumada. A cocaína inalada em pó é uma apresentação sólida que se dissolve na mucosa nasal antes de ser absorvida. Os vapores do crack vão para os pulmões e são transportados para a corrente sanguínea mais rapidamente conferindo maior rapidez de sensação psicotrópica, a sensação contudo é a mesma da cocaína bem como os demais efeitos. O nome crack é derivado do ruído característico que é produzido pelas pedras quando estão sendo decompostas pelo fumo.

O crack é considerado uma jogada de marketing, por ser barato alcança classes econômicas antes não atingidas pelo alto custo da cocaína em pó. O crack age por menos tempo do que a cocaína inalada, mas como inicia muito mais rapidamente e mais intensamente que a cocaína há uma espécie de compensação psicológica pelo efeito. O crack é mais barato porque há pouca quantidade de cocaína nas pedras. O tempo para início de ação do crack são aproximadamente 10 segundos e o tempo de duração apenas 15 minutos .

Crack é droga que mata rapidamente

O aumento da produção de cocaína na Bolívia, o preço baixo e a facilidade para preparar e vender transformaram o crack em uma das drogas mais consumidas no País e num dos mais delicados problemas da Saúde pública nacional.

Tornou-se uma das maiores preocupações da sociedade. A forma de abordagem do tema ainda é complexa e de difícil enfrentamento, por isso, o Diário resolveu encabeçar esse grito de ajuda. E o fará, primeiramente, com a colaboração das escolas das redes pública e privada, por meio do 4º Desafio de Redação. O tema deste ano, com texto livre, é Crack, Tô Fora! As redações serão produzidas a partir do dia 15.

A escolha de tão sério assunto deve-se pela ausência de ações coletivas e organizadas direcionadas aos usuários e a seus familiares. Pela forma de uso, o crack é o mais potente das drogas, provocando dependência desde a primeira pedra. É de fácil acesso, sem cheiro, de efeito imediato e aprisiona pacientes e parentes. O baixo custo da pedra (em torno de R\$ 5) é ilusório. Desde a primeira vez, a fissura ilusória leva o dependente a querer mais, chegando a fumar 30 vezes ao dia. Aprisionado pela pedra 'da euforia', ele desfaz-se de todos os seus bens (e dos outros), não raciocinando sobre o que furta (ou rouba) e de quem para saciar o vício. Tem gente viciada que passa a vender as próprias roupas, rouba a mãe, não consegue trabalhar, abandona os estudos, deixa de ser sociável.

Levar tema tão árido aos estudantes dos ensinos Fundamental e Médio do Grande ABC tem por intuito fazê-los enxergar essa realidade que está tão perto deles. Provocar a discussão das drogas junto aos colegas de classe, aos professores e em casa, com a família. Levá-los a refletir sobre essa mancha social que cresce a cada dia e pouco se tem feito para impedi-la. E provocá-los a ponto de também cobrar ações das autoridades e da sociedade para ajudar aqueles que, por ventura, tenham caído em sua escuridão. O ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), instituído em julho de 1990, diz que o jovem tem o direito de ser ouvido e assistido. Portanto, vamos deixá-los falar, se posicionarem, dizer como querem um mundo novo.

Morte rápida

As drogas matam aos poucos. Da cachaça ao cigarro, da maconha ao ecstasy, mas o crack mata rapidamente. A pedra é produzida com a mistura de cocaína e bicarbonato de sódio e amônia, e sua forma sólida permite que seja fumada. Também é mistura em cigarros de maconha, mas os viciados costumam consumi-la em cachimbos, aspirando a fumaça. Estudos mostram que 30% dos usuários morrem em menos de cinco anos, quase 90% deles assassinados. Morre-se pouco de overdose e muito da violência relacionada às drogas. Há quem mate por cinco pedras; e quem seja morto por dever dinheiro ao traficante. O crack se confunde com o número de homicídios. Os cadastros de hospitais não indicam se o paciente é usuário ou se chegou ao pronto-socorro alterado pelo uso de drogas. A ausência dessa informação remete para um problema maior: sem os índices de mortalidade tem-se dificuldade de criar programas de prevenção e de saúde pública em geral. Confira a maratona atrás das vítimas do crack.

Essa droga chega ao cérebro em até 12 segundos, provocando intensa euforia e confiança. Dura uns cinco minutos, mas quando essa sensação determina vem a depressão, o desânimo e o abismo. Para o usuário, é hora de buscar outra pedra.

O crack é tão avassalador em todas as camadas sociais que o Ministério da Saúde indica que pelo menos 25 mil jovens, em decorrência da dependência, estão no nível da marginalidade extrema.

Textos estudantis

Crack, Tô Fora! é o desafio dos estudantes do Grande ABC, a partir do dia 15, quando começa pra valer a competição de redação do Diário do Grande ABC, correalização da USCS e DAE e apoio da Ecovias. A proposta é atingir a marca recorde de 180 mil textos que, por certo, se transformarão em preciosas ferramentas para ações públicas governamentais de como a região deve se portar em relação à problemática que tinge de vermelho a sociedade, sabe da existência das drogas, já viu filhos de amigos drogados e não acredita que o vício possa estar rondando sua casa.

Podem participar todos os estudantes que atualmente estejam cursando de 5ª a 9ª séries do Ensino Fundamental, inclusive EJA, e da 1ª a 3ª série do Ensino Médio, cursos normais, técnicos e EJA de escolas municipais, estaduais e particulares do Grande ABC, além de Telesalas. Os alunos serão divididos em seis categorias. As melhores redações serão premiadas com computadores, televisores e bicicletas, sendo o prêmio máximo uma bolsa de estudos integral na USCS.

O Desafio de Redação vem se tornando com o passar dos anos em importante ferramenta de análise da sociedade futura sobre questões da atualidade. Na primeira edição, com Minha Cidade no Amanhã, os alunos elaboraram documento importantíssimo de ações públicas governamentais que gostariam de ver aplicadas. Ao transportarem para o papel a cidade ideal em que gostariam de viver, eles apontaram deficiências, carências, projetos e projeções de como alcançar patamar satisfatório para o bem-estar da população.

Na segunda edição, em 2008, o Desafio provocou os estudantes a pensar em socialização, desenvolvendo ideias sobre a amizade. Aos alunos do Ensino Fundamental o tema foi Amizade.com, tendo por base o cada vez mais crescente mundo virtual na vida das pessoas, por meio das redes sociais. Aos maiores, explorou-se a Amizade na Rua, quando o convívio social os leva a optar por caminhos longe da proteção e dos

olhos dos pais.

Em tempos em que o meio ambiente está tão degradado pela irresponsabilidade do homem, o Desafio de 2009 trouxe a água como tema a ser explorado. O nível de conscientização dos estudantes participantes fez crer a todos que analisaram seus textos que o planeta, a depender da geração futura, tem salvação.

Fonte:Diário do Grande ABC/ABEAD(Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas)

[Voltar](#)

*Crack*¹ (também chamado de [craque](#)) é uma [droga](#), geralmente fumada, feita a partir da mistura de pasta de [cocaína](#) com [bicarbonato de sódio](#).² É uma forma impura de cocaína e não um subproduto. O nome deriva do verbo "to crack", que, em [inglês](#), significa "quebrar", devido aos pequenos estalidos produzidos pelos cristais (as pedras) ao serem queimados, como se quebrassem.



Fumo de *crack* numa lata de alumínio

A fumaça produzida pela queima da pedra de *crack* chega ao [sistema nervoso central](#) em dez [segundos](#), devido ao fato de a área de absorção pulmonar ser grande e seu efeito dura de 3 a 10 minutos, com efeito de euforia mais forte do que o da cocaína, após o que produz muita depressão, o que leva o usuário a usar novamente para compensar o mal-estar, provocando intensa dependência. Não raro, o usuário tem alucinações e paranoia (ilusões de perseguição).

Em relação ao seu preço, é uma droga mais barata que a cocaína.³

O uso de cocaína por via [intravenosa](#) foi quase extinto no Brasil, pois foi substituído pelo *crack*, que provoca efeito semelhante, sendo tão potente quanto a cocaína injetada. A forma de uso do *crack* também favoreceu sua disseminação, já que não necessita de [seringa](#) — basta um cachimbo, na maioria das vezes improvisado, como, por exemplo, uma lata de alumínio furada.

Índice

[\[esconder\]](#)

- [1 História](#)
- [2 Efeitos psicológicos](#)
- [3 Efeitos fisiológicos](#)
- [4 Associação à prática de crimes](#)
- [5 Chances de recuperação e tratamento](#)
- [6 Disseminação do vício](#)
- [7 Questões econômicas](#)
- [8 Referências](#)
- [9 Ver também](#)
- [10 Ligações externas](#)

[\[editar\]](#) História



 Árvore de [coca](#) na [Colômbia](#)

A história do *crack* está diretamente relacionada com um contexto recreativo. A cocaína era uma droga cara, apelidada de "a droga dos ricos". Esse foi o principal motivo para a criação de uma "cocaína mais acessível".

De fato, a partir da [década de 1970](#), começou-se a misturar a cocaína com outros produtos e conforme outros métodos. Foi assim que surgiu o *crack*, obtido por meio do aquecimento de uma mistura de cocaína, água e bicarbonato de sódio. Na [década de 1980](#), o *crack* se tornou grandemente popular, principalmente entre as camadas mais pobres dos [Estados Unidos](#).

[\[editar\]](#) Efeitos psicológicos

O *crack* é uma substância que afeta a química do cérebro do usuário, causando [euforia](#), alegria, suprema confiança, perda de apetite, [insônia](#), aumento da energia, um desejo

por mais *crack*, e [paranoia](#) potencial (que termina após o uso). O seu efeito inicial é liberar uma grande quantidade de [dopamina](#), uma química natural do cérebro que causa sentimentos de euforia e de prazer. O efeito geralmente dura de 5-10 minutos, após o qual os níveis de tempo de dopamina no cérebro despencam, deixando o usuário se sentindo deprimido. Quando o *crack* é dissolvido e injetado, a absorção pela corrente sanguínea é tão rápida como a absorção que ocorre quando o *crack* é fumado, e sentimentos de euforia podem ser experimentados. Uma resposta típica entre os usuários é ter outro *hit* da droga: no entanto, os níveis de dopamina no cérebro levam muito tempo para se restabelecer, e cada dose recebida em rápida sucessão leva a efeitos cada vez menos intensos. Uma pessoa pode ficar 3 ou mais dias sem dormir, enquanto sob o efeito do *crack*. Uso do *crack* em uma festa, durante o qual a droga é tomada repetidamente e em doses cada vez mais elevadas, leva a um estado de irritabilidade crescente, agitação e paranoia. Isso pode resultar em uma [psicose](#) paranoica, em que o indivíduo perde o contato com a realidade e passa a ter alucinações. Abuso de estimulantes de drogas (principalmente anfetaminas e cocaína) podem levar a [parasitose delirante](#) (síndrome aka ekbom: a crença equivocada de que são infestados de parasitas). Por exemplo, o uso de cocaína em excesso pode levar a formigamento, apelidado de "*bugs cocaína*" ou "erros de coque", onde as pessoas afetadas acreditam ter, ou sentir, parasitas rastejando sob a pele. Essas ilusões também estão associados com febre alta ou abstinência do álcool, muitas vezes juntamente com alucinações visuais sobre insetos. Pessoas que vivem essas alucinações podem arranhar-se e causar danos cutâneos graves e sangramento, especialmente quando eles estão delirando, podendo levá-la a ser mais agressiva e a cometer pequenos furtos para manter o vício ^[*carece de fontes?*].

[\[editar\]](#) Efeitos fisiológicos



 *Crack* sendo feito em uma colher

Os efeitos fisiológicos em curto prazo do *crack* incluem: constrição dos vasos sanguíneos, pupilas dilatadas, aumento da temperatura, da frequência cardíaca e da pressão arterial. Grandes quantidades (várias centenas de miligramas ou mais) intensificam o efeito do *crack* para o usuário, mas também pode levar a um comportamento bizarro, errático e violento. Grandes quantidades podem induzir tremores, vertigens, espasmos musculares, paranoia ou, com doses repetidas, uma reação tóxica muito parecida com a reação do uso das [anfetaminas](#). Alguns usuários de *crack* relataram sentimentos de agitação, irritabilidade e ansiedade. Em casos raros, morte súbita pode ocorrer no primeiro uso do *crack* ou de forma inesperada depois. As mortes relacionadas ao *crack* são, muitas vezes, resultado de parada cardíaca ou convulsões seguida de parada respiratória. Uma tolerância considerável ao uso do *crack* pode-se desenvolver, com muitos viciados relatando que eles procuram, mas não

conseguem atingir tanto prazer como fizeram da sua primeira experiência. Alguns usuários aumentam a frequência das doses para intensificar e prolongar os efeitos eufóricos. Embora a tolerância a altas doses possa ocorrer, os usuários poderão também tornar-se mais sensíveis (sensibilização) para efeitos anestésicos e convulsivante do *crack*, sem aumentar a dose tomada. Aumento de sensibilidade pode explicar algumas mortes que ocorrem após doses aparentemente baixas de *crack*.

O *crack* eleva a temperatura do corpo, podendo causar no dependente um [acidente vascular cerebral](#). A droga também causa destruição de [neurônios](#) e provoca a degeneração dos músculos do corpo ([rabdomiólise](#)), o que dá uma aparência visivelmente alterada aos seus usuários contínuos, bem característica (esquelética): olhos esbugalhados e ossos da face salientes, braços e pernas finos e costelas aparentes. O *crack* inibe a fome, de maneira que os usuários só se alimentam quando não estão sob seu efeito narcótico. Outro efeito da droga é o excesso de horas sem dormir, e tudo isso pode deixar o dependente facilmente doente.

A maioria das pessoas que consomem bebidas alcoólicas não se torna alcoólatra (dependente de álcool). Isso também é válido para grande parte das outras drogas.⁴ No caso do *crack*, com apenas três ou quatro doses, às vezes até na primeira, o usuário se torna completamente viciado^[carece de fontes?]. Normalmente o dependente, após algum tempo de uso da droga, continua a consumi-la apenas para fugir do desconforto da [síndrome de abstinência](#) — [depressão](#), [ansiedade](#) e [agressividade](#) —, comum a outras [drogas estimulantes](#).

Após o uso, a pessoa apresenta quadros de extrema violência, agressividade que se manifesta a princípio contra a própria família, desestruturando-a em todos os aspectos, e depois, por consequência, volta-se contra a sociedade em geral, com visível aumento do número de crimes relacionados ao vício em referência⁵.

O consumo de *crack* fumado através de latas de alumínio como [cachimbo](#), uma vez que a ingestão de alumínio está associada a dano neurológico, tem levado a estudos em busca de evidências do aumento do alumínio [sérico](#) em usuários de *crack*.⁶

[[editar](#)] Associação à prática de crimes

O uso do *crack* — e sua potente dependência psíquica — frequentemente leva o usuário que não tem capacidade monetária para bancar o custo do vício à prática de delitos para obter a droga. Os pequenos furtos de dinheiro e de objetos, sobretudo eletrodomésticos, muitas vezes começam em casa. Muitos dependentes acabam vendendo tudo o que têm a disposição, ficando somente com a roupa do corpo. Em alguns casos, podem se prostituir para sustentar o vício. O dependente dificilmente consegue manter uma rotina de trabalho ou de estudos e passa a viver basicamente em busca da droga, não medindo esforços para consegui-la. Tais "sintomas" foram mostrados pelo programa "Profissão Repórter", que foi ao ar pela [Rede Globo](#) no dia 16 de novembro de 2010. O *crack* pode causar doenças reumáticas, podendo levar o indivíduo a morte.

Embora seja uma droga mais barata que a cocaína, o uso do *crack* acaba sendo mais dispendioso: o efeito da pedra de *crack* é mais intenso, mas passa mais depressa, o que leva ao uso compulsivo de várias pedras por dia.

O pesquisador Luis Flávio Sapori, do Instituto Minas pela Paz, que realizou a mais aprofundada pesquisa sobre o assunto, financiada pelo [Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico](#), aponta que o *crack* é, sem dúvida, um fator de risco para a violência urbana. Segundo Sapori, não há uma política nacional de saúde pública para acolher o dependente químico que queira se tratar. Ao mesmo tempo, não há mecanismos para aqueles que necessitariam de uma internação involuntária.⁷

[[editar](#)] Chances de recuperação e tratamento

As chances de recuperação dessa doença, que muitos especialistas chamam de "doença adquirida"^{[[carece de fontes?](#)]} (lembrando que a adição não tem cura),^{[[carece de fontes?](#)]} são das mais baixas que se conhece dentre todas as droga-dependências. A submissão voluntária ao tratamento por parte do dependente é difícil, haja vista que a "fissura", isto é, a vontade de voltar a usar a droga, é grande demais. Além disso, a maioria das famílias de usuários não tem condições de custear tratamentos em clínicas particulares ou de conseguir vagas em clínicas terapêuticas assistenciais, que nem sempre são idôneas.⁸ Nas comunidades terapêuticas, as internações acontecem voluntariamente. Estão regulamentadas pela Resolução nº 101/2001 da Vigilância Sanitária, mas várias das que funcionam atualmente estão fora das normas.

É comum o dependente iniciar, mas abandonar o tratamento.⁹

A imprensa também tem mostrado as dificuldades sofridas por parentes de viciados em crack para tratá-los.¹⁰ Casos extremos, de famílias que não conseguem ajuda no sistema público de saúde, são cada vez mais comuns.¹¹

A melhor forma de tratamento desses pacientes ainda parece ser objeto de discussão entre especialistas. Muitos psiquiatras e autoridades posicionam-se a favor da internação compulsória em casos graves e emergenciais, cobrando revisão da legislação brasileira, que restringe severamente a internação compulsória de dependentes químicos,^[1] e aumento de vagas em clínicas públicas que oferecem esse tipo de internação.¹² Contra a internação involuntária, há argumentos de que é muito baixa a eficácia do tratamento sem que haja o desejo da pessoa de se tratar. Por outro lado, admiti-la como foco de uma política de tratamento dos usuários de *crack* poderia abrir espaço para a violação de direitos humanos, como ressaltou Pedro Abramovay, em entrevista na Revista Cult, 165, ano 15, fevereiro 2012: "Não dá para não pensar na metáfora de [Machado de Assis](#) - a internação compulsória pode levar todos à Casa Verde [hospício criado por Simão Bacamarte em '[O Alienista](#)']".

Desde 21/01/2013, entrou em vigor o programa de internação compulsória de viciados em drogas, do governo do Estado de SP.

Poucas cidades brasileiras possuem o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD). Essa modalidade de CAPS foi criada pela portaria ministerial nº 336 de 10 de fevereiro de 2002. Possui atendimento ambulatorial e hospital-dia com equipes interdisciplinares cuja a função é criar uma rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.^{13 14}

Outra estratégia de intervenção voltada à abordagem do usuário de *crack* são os chamados "Consultórios de Rua". ^[2]

A recuperação não é impossível, mas depende de muitos fatores, como o apoio familiar, da comunidade, a existência de rede de saúde adequada e, de modo especial, a persistência da pessoa (vontade de mudar). Além disso, quanto antes procurada a ajuda, mais provável o sucesso no tratamento. Segundo o médico psiquiatra Marcelo Ribeiro de Araújo, "Faz-se necessário a constituição de equipe interdisciplinar experiente e capacitada, capaz de lhes oferecer um atendimento intensivo e adequado às particularidades de cada um deles, contemplando suas reais necessidades de cuidados médicos gerais, de apoio psicológico e familiar, bem como de reinserção social".¹⁵

No caso de internação, pode ser de extrema importância o acompanhamento do usuário após esse período, para que não recaia no vício.

Seis vezes mais potente que a cocaína, ^[carece de fontes?] o crack tem ação devastadora provocando lesões cerebrais irreversíveis e aumentando os riscos de um derrame cerebral ou de um infarto. ^[carece de fontes?]

Diferentemente do que se poderia imaginar, porém, não são as complicações de saúde pelo uso crônico da droga, mas sim os homicídios, que constituem a primeira causa de morte entre os usuários, resultantes de brigas em geral, ações policiais e punições de traficantes pelo não-pagamento de dívidas contraídas nesse comércio. Outra causa importante são as doenças sexualmente transmissíveis, como a [síndrome da imunodeficiência adquirida](#) por exemplo, por conta do comportamento promíscuo que a droga gera. O modo de vida do usuário, enfim, o expõe à vitimização, muitas vezes e infelizmente levando-o a um fim trágico.

Estudos indicam que a porcentagem de usuários de *crack* que são vítimas de homicídio é significativamente elevada:¹⁶ O pesquisador Marcelo Ribeiro de Araújo acompanhou 131 dependentes de *crack* internados em clínicas de reabilitação e concluiu que usuários de *crack* correm risco de morte oito vezes maior que a população em geral. Cerca de 18,5 por cento dos pacientes morreram após cinco anos. Destes, cerca de 60 por cento morreram assassinados, 10 por cento morreram de [overdose](#) e 30 por cento em decorrência de síndrome da imunodeficiência adquirida.

[\[editar\]](#) Disseminação do vício



[Cracolândia](#), ponto de consumo de *crack* em São Paulo

Estatísticas e apreensões policiais^[carece de fontes?] demonstram um aumento percentual do consumo de *crack* em relação às outras drogas, vindo seus usuários das mais variadas camadas sociais. Outros estudos^[carece de fontes?] relacionam a entrada do *crack* como droga circulante em São Paulo ao aumento da [criminalidade](#) e da prostituição entre os jovens, com o fim de financiar o vício. Na periferia da cidade de [São Paulo](#), jovens [prostitutas](#) viciadas em *crack* são o nicho de maior crescimento da [síndrome da imunodeficiência adquirida](#) no Brasil.^[carece de fontes?]

Outras drogas, sobretudo a cocaína, funcionam, via de regra, como porta de entrada para o *crack*^[carece de fontes?] a que o usuário recorre por falta de dinheiro, para sentir efeitos mais fortes, ou ainda por curiosidade.

Ao local público onde legiões de usuários costumam se aglomerar para fazer uso da droga a mídia deu o nome de [cracolândia](#). Esses mesmos locais são cenários de tráfico de entorpecentes, prostituição, etc., prejudicando sobremaneira o comércio nas adjacências. O efeito social do uso do *crack* é o mais deletério e, nesse sentido, o seu surgimento pode ser considerado um divisor de águas no submundo das drogas. As pedras começaram a ser usadas no ano de 1990 na periferia de São Paulo e, segundo se diz, de início as próprias quadrilhas de traficantes do Rio de Janeiro não permitiam a sua entrada, pois os bandidos temiam que o *crack* destruísse rapidamente sua fonte de renda: os consumidores.

Entretanto, em menos de dois anos a droga alastrou-se como uma praga por todo o Brasil. Recentes reportagens demonstram que o entorpecente tornou-se o mais comercializado nas favelas cariocas multiplicando os lucros dos traficantes [\[3\]](#).

Atualmente, pode-se dizer que há uma verdadeira "epidemia" de consumo do *crack* no País, atingindo cidades grandes, médias e pequenas. Efetivamente, é o que aponta recente pesquisa da Confederação Nacional de Municípios, amplamente divulgada, segundo a qual o *crack* é consumido em 98 por cento das cidades brasileiras.¹⁷

Segundo pesquisa do Instituto Nacional de Pesquisa de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (Inpad) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), o Brasil é o maior mercado consumidor de *crack* do mundo. [\[4\]](#)

A disseminação do uso do *crack* configura ainda um grave problema de saúde pública, com tendência a acarretar forte impacto para o custeio do sistema público de saúde. Já existem precedentes e decisões de Tribunais de Justiça condenando o Poder Público Estadual a custear tratamentos a usuários crônicos da droga.

Alguns consumidores, em especial do sexo feminino, na prostituição de baixo nível, visando somar recursos para manter o próprio vício, utilizam-se da introdução de pequenas porções de *crack* em cigarros de [maconha](#), no que é chamado de "*desirée*", "mesclado", "craconha" ou "criptonita", na gíria do meio consumidor e traficante de *crack*¹⁸. Esta prática também é utilizada por traficantes, que adicionam uma pequena quantidade de *crack* à maconha e vendem aos usuários, sem que estes saibam. É uma tática cruel para obter novos viciados.^{6 19}

[\[editar\]](#) **Questões econômicas**

Embora gere menos renda para o traficante por peso de cocaína produzida, o crack, sendo mais viciante, garante um [mercado cativo](#) de consumo.

A pressão sobre o tráfico de cocaína (de menor volume e maior [valor agregado](#)) para os países ricos tem deslocado o tráfico para o mercado de *crack*, passível de ser facilmente colocado para populações de baixa renda.²⁰

Referências

1. ↑ [Acordo ortográfico da língua portuguesa](http://www.cursinhoprimeirode Maio.com.br/v2/downloads/acordo_ortografico.pdf). Disponível em http://www.cursinhoprimeirode Maio.com.br/v2/downloads/acordo_ortografico.pdf. Acesso em 13 de dezembro de 2012.
2. ↑ [Prevenção de droga na escola: uma abordagem psicodramática](#).
3. ↑ [G1. Absorção do crack é maior do que a de drogas injetáveis](#). Página visitada em 28 de outubro de 2009.
4. ↑ [Título não preenchido, favor adicionar](#).
5. ↑ [Aumento de crimes relacionados ao vício mostra que crack infesta região](#).
6. ↑ ^{a b} Flavio Pechansky *et al*; [Usuárias brasileiras de crack apresentam níveis séricos elevados de alumínio](#); Rev. Bras. Psiquiatr. vol.29 no.1 São Paulo Mar. 2007 Epub Feb 28, 2007; doi: 10.1590/S1516-44462006005000034
7. ↑ [Título não preenchido, favor adicionar](#).
8. ↑ [Clínica é fechada por suspeita de maus-tratos contra dependentes em MG. G1](#) (31 de julho de 2009). Página visitada em 3 de agosto de 2011.
9. ↑ [Recuperação: muitos abandonam o tratamento ainda no início. clicRBS](#) (27 de maio de 2009). Página visitada em 3 de agosto de 2011.
10. ↑ [Familiares têm dificuldade em tratar viciados em crack. globo.com](#) (27 de outubro de 2009). Página visitada em 3 de agosto de 2011.
11. ↑ [Mãe acorrenta filho usuário de drogas](#). Tudo em Dia. Página visitada em 3 de agosto de 2011.
12. ↑ [Autoridades querem internar usuários de crack. globo.com](#) (25 de junho de 2009). Página visitada em 3 de agosto de 2011.
13. ↑ [Pesquisa: 98% das cidades brasileiras têm problemas ligados ao crack. Estadão](#) (13 de dezembro de 2010). Página visitada em 3 de agosto de 2011.
14. ↑ [Prevenção ao uso indevido de drogas : Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. - 3.ed.- Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, 2010](#)
15. ↑ [Entrevista com Marcelo Ribeiro](#). ABEAD (10 de outubro de 2008). Página visitada em 3 de agosto de 2011.
16. ↑ [Alta mortalidade entre jovens usuários de crack no Brasil](#). drashirleydecampos.com.br (19 de agosto de 2005). Página visitada em 3 de agosto de 2011.
17. ↑ [Título não preenchido, favor adicionar](#).
18. ↑ [Título não preenchido, favor adicionar](#).
19. ↑ [Título não preenchido, favor adicionar](#).
20. ↑ Gustavo Leal de Albuquerque; [O crack em Pernambuco](#); ABIN - Agência Brasileira de Inteligência

Breve panorama do crack

O panorama mundial da difusão do uso do cloridrato de cocaína (pó) por aspiração intranasal esteve associado, a partir da década de 60, à falta de algumas drogas no mercado, como a anfetamina e a maconha, devido às ações repressivas. Contudo, o alto preço do produto levou usuários de drogas à descoberta de outras formas de uso com efeitos mais intensos, apesar de menor duração. Desse cenário, no início de 1980, aparecem novas drogas obtidas a partir da mistura de cloridrato de cocaína com ingredientes cada vez mais incertos e tóxicos. Tempos depois, surge o uso do crack, outra forma fumável de cocaína, disseminando-se no Brasil, oficialmente a partir de 1989, alastrando-se atualmente, em vários segmentos sociais de gênero, sexo, idade e classe social.

Na produção de crack não há o processo de purificação final. O cloridrato de cocaína é dissolvido em água e adicionado em bicarbonato de sódio. Essa mistura é aquecida e, quando seca, adquire a forma de pedras duras e fumáveis. Além dos alcalóides de cocaína e bicarbonato de sódio, essas pedras contêm as sobras de todos os ingredientes que já haviam sido adicionados anteriormente durante o refino da cocaína. As pedras de crack são vendidas já prontas para serem fumadas. Sua composição conta com uma quantidade imprecisa de cocaína, suficiente para que possa produzir efeitos fortes e intensos. Além disso, para obter a produção final do crack são misturadas à cocaína diversas substâncias tóxicas como gasolina, querosene e até água de bateria.

O uso disseminado do crack no mundo das drogas está relacionado a vários fatores que levaram a uma grave transformação, tanto na oferta quanto na procura. De um lado, o controle mundial repressivo sobre os insumos químicos necessários a sua produção – como éter e acetona – leva os produtores a baratear cada vez mais sua fabricação, com a utilização indiscriminada de outros ingredientes altamente impuros. Quanto mais barata sua produção, mais rentável é sua venda. Por outro lado, o crack representa para a população usuária de drogas um tipo de cocaína acessível, pois vendido em pequenas unidades baratas, oferece efeitos rápidos e intensos. Entretanto, a desejada intoxicação cocaínica proporcionada pelo crack provoca efeitos de pouca duração, o que leva o usuário a fumar imediatamente outra pedra. Esse ciclo ininterrupto de uso potencializa os prejuízos à saúde física, as possibilidades de

dependência e os danos sociais. A inovação no mercado das drogas com a entrada do crack atraiu pequenos traficantes, agravou ainda mais a situação, com o aumento incontrolável de produções caseiras, se diferenciando conforme a região do país.

À cocaína é misturada uma variedade incerta de reagentes químicos em sua preparação. O desconhecimento quanto a sua composição pode dificultar, muitas vezes, as intervenções emergenciais de cuidados à saúde nos casos de intoxicação aguda sofrida por alguns usuários. Tais condições, porém, não impossibilitam o desenvolvimento de ações voltadas à saúde e ao bem-estar social da referida população

Formas de uso e seus efeitos

O crack é fumado por ser uma forma mais rápida (e barata) de a droga chegar ao cérebro e produzir seus efeitos. A pedra é quebrada e fumada de diversas maneiras e em diferentes recipientes: enrolada no cigarro de tabaco ou misturada na maconha – forma que parece amenizar psicologicamente os efeitos maléficos da droga, como o sentimento de perseguição, a agitação motora e posteriormente a depressão. É também fumado em cachimbos improvisados feitos em tubos de PVC ou em latas de alumínio muitas vezes coletados na rua ou no lixo, apresentando possibilidades de contaminação infecciosa. O uso de latas favorece a aspiração de grande quantidade de fumaça pelo bocal, promovendo intoxicação pulmonar muito intensa.

São vários os tipos de danos causados pelo uso de crack. Além dos problemas respiratórios pela inspiração de partículas sólidas, sua ação estimulante leva à perda de apetite, falta de sono e agitação motora e, a dificuldade de ingestão de alimentos pode levar à desnutrição, desidratação e gastrite. Podem ser ainda observados sintomas físicos como rachadura nos lábios pela falta de ingestão de água e de salivagem, cortes e queimaduras nos dedos das mãos e às vezes no nariz, provocados pelo ato de quebrar e acender a pedra, além de ficar o usuário mais exposto ao risco social e de doenças.

Dados epidemiológicos

O cenário epidemiológico do crack no Brasil, segundo o CEBRID, aponta:

1. População geral, cidades com mais de 200.000 habitantes (2001 e 2005)

	2001			2005		
	homens	mulheres	total	homens	mulheres	total

Crack: uso na vida (%)	0,7	0,2	0,4	1,5	0,2	0,7
------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

2. Estudantes de 10 a 19 anos, ensino fundamental e médio da rede pública de ensino, (2004) – padrão de consumo de crack

Padrão de uso	%
Uso na vida	0,7
Uso no ano	0,7
Uso no mês	0,5
Uso freqüente* 6 ou mais vezes nos últimos 30 dias	0,1
Uso pesado** 20 ou mais vezes nos últimos 30 dias	0,1

3. Crianças e adolescentes, de 9 a 18 anos, em situação de rua (27 capitais brasileiras - 2003)

Uso no ano	8,6%
Uso no mês	5,5%

Gestores de saúde mental relatam aumento no consumo de crack em regiões que não apresentavam consumo significativo da droga, em especial no nordeste e nas cidades fora dos grandes centros urbanos. O aumento parece estar relacionado com o baixo custo e as características dos efeitos procurados, embora sejam necessários estudos e pesquisa sobre a influência desses ou outros fatores.

Atenção integral em saúde e saúde mental aos usuários de crack

Como todo uso de drogas está associado a fatores biopsicossociais, o consumo de crack não é diferente. Além dos problemas físicos já descritos, há os de ordem psicológica, social e legal. Ocorrem graves perdas nos vínculos familiares, nos espaços relacionais, nos estudos e no trabalho, bem como a troca de sexo por drogas e, ainda, podendo chegar à realização de pequenos delitos para a aquisição da droga. Há controvérsia se tais condutas socialmente desaprovadas têm relação com o estado de “fissura” para usar ou se resulta da própria intoxicação. A unanimidade é que o usuário desemboca numa grave e complexa exclusão social.

As abordagens ao usuário de crack exigem criatividade, paciência e respeito aos seus direitos, enquanto cidadão, para superar seu estado de vulnerabilidade, riscos, estigma e marginalização. Estratégias preventivas podem ser levantadas não somente entre esse novo grupo, como também dirigidas àqueles usuários que, por algum motivo,

ainda não se aventuraram nesse tipo de droga. O atendimento ao dependente de crack deve considerar alguns importantes critérios:

1. O usuário que não procura tratamento: a ele devem ser dirigidas estratégias de cuidados à saúde, de redução de danos e de riscos sociais e à saúde. As ações devem ser oferecidas e articuladas por uma rede pública de serviços de saúde e de ações sociais e devem ser feitas por equipes itinerantes, como os consultórios de rua, que busquem ativamente ampliar o acesso aos cuidados em saúde e em saúde mental destes usuários. A perspectiva dessa abordagem objetiva os cuidados da saúde como também as possibilidades de inserção social.

2. A porta de entrada na rede de atenção em saúde deve ser a Estratégia de Saúde Família e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes serviços especializados devem ser os organizadores das demandas de saúde mental no território. Os CAPS devem dar apoio especializado às ESF, fazer articulações intersetoriais (educação, assistência social, justiça, cultura, entre outros) e encaminhar e acompanhar os usuários à internação em hospitais gerais, quando necessário.

3. Quando o usuário acessa as equipes de saúde e de saúde mental, é necessária uma avaliação clínica das suas condições de saúde física e mental, para a definição das intervenções terapêuticas que devem ser desenvolvidas. É importante que se faça uma avaliação de risco pelas equipes de saúde para se definir se é necessária ou não a internação.

4. A internação deve ser de curta duração, em hospital geral da rede pública, com vistas à desintoxicação associada aos cuidados emergenciais das complicações orgânicas e/ou à presença de algum tipo de co-morbidade desenvolvida com o uso. É concebível e muito comum que usuários de crack, ainda que num padrão de uso preocupante, resistam à internação e optem pela desintoxicação e cuidados clínicos em regime aberto, acompanhado nos CAPSad por uma equipe interdisciplinar, nos níveis de atendimento intensivo, semi-intensivo e até o não intensivo. Nesse caso, a boa evolução clínica, psíquica e social dependerá da articulação inter e intrasetorial das redes de apoio, inclusive e se possível, com mobilização familiar.

5. A decisão pela internação deve ser compreendida como parte do tratamento, atrelada a um projeto terapêutico individual e, assim como a alta hospitalar

e o pós-alta, deve ser de natureza interdisciplinar. Intervenções e procedimentos isolados mostram-se ineficazes, com pouca adesão e curta duração, além de favorecer o descrédito e desalento da família e mais estigma ao usuário.

Estratégias de intervenção e cuidados da rede de saúde:

- a. Avaliação interdisciplinar para cuidados clínicos (e psiquiátricos, se necessário)
- b. Construção de Projeto Terapêutico Individual, articulado inter e intrasetorialmente
- c. Atenção básica (via ESF e NASF, com participação de profissionais de AD)
- d. CAPSad – acolhimento nos níveis intensivo, semi-intensivo até não intensivo
- e. Leitos em hospital geral
- f. Consultórios de rua, casas de passagem
- g. Estratégias de redução de danos
- h. Articulação com outras Políticas Públicas: Ação Social, Educação, Trabalho, Justiça, Esporte, Direitos Humanos, Moradia.
- i.

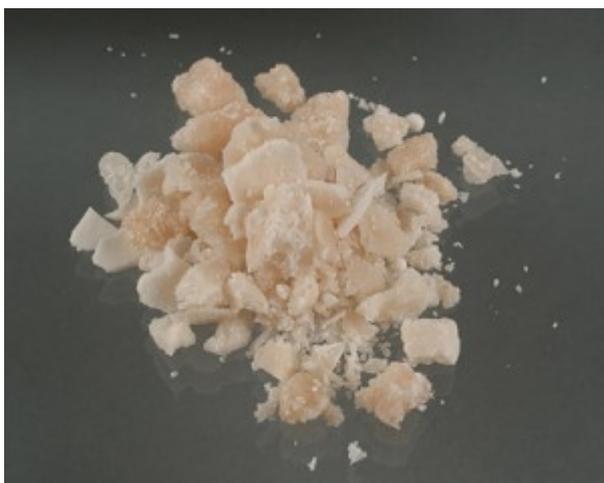
Referências bibliográficas de consulta:

1. Domanico, A. & MacRae, E. Estratégias de Redução de Danos entre Usuários de Crack. In: Silveira, D. X. & Moreira, F. G. Panorama Atual de Drogas e Dependências. São Paulo: Ed. Atheneu, 2006.
2. Silveira, DX, Labigalini E. e Rodrigues, LR Redução de danos no uso de maconha por dependentes de crack. In: SOS crack prevenção e tratamento. Governo do Estado de São Paulo, 1998.
3. Andrade, AG, Leite, MC e col. Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
4. Governo de São Paulo. SOS crack: prevenção e tratamento, diretrizes e resumos de trabalhos, 1999.
5. Silva, SL. Mulheres da luz: uma etnografia dos usos e da preservação no uso do crack. 2000.

Crack

Por [Thais Pacievitch](#)

Crack é uma [droga ilícita](#), ou seja, uma substância psicoativa de ação estimulante do [sistema nervoso central](#). O crack é um subproduto da pasta da [cocaína](#), droga extraída por meio de processos químicos, das folhas da coca (*Erythroxylum coca*), uma planta originária da [América do Sul](#).



Produção

O crack surgiu como opção para popularizar a cocaína, pelo seu baixo custo. Para a **produção do crack**, uma mistura de cocaína em pó (ainda não purificada) dissolvida em água e acrescida de bicarbonato de sódio (ou [amônia](#)) é aquecida. O aquecimento separa a parte sólida da líquida. Após a parte sólida secar, é cortada em forma de pedras. Por não passar pelo processo final de refinamento pelo qual passa a cocaína, o crack, possui uma grande quantidade de resíduos das substâncias utilizadas durante todo o processo. Prontas para o consumo, as pedras podem ser fumadas com a utilização de cachimbos, geralmente improvisados. Ao serem acesas, as pedras emitem um som, daí a origem do nome “crack”.

Efeitos do Crack

Os **efeitos do crack** são basicamente os mesmos da cocaína: sensação de poder, excitação, hiperatividade, insônia, intensa euforia e prazer. A falta de apetite comum nos usuários de cocaína é intensificada nos usuários de crack. Um dependente de crack pode perder entre 8 e 10 kg em um único mês.

Por ser inalado, o crack chega rapidamente ao cérebro, por isso seus efeitos são sentidos quase imediatamente - em 10 a 15 segundos - no entanto, tais efeitos duram em média 5 minutos, o que leva o usuário a usar o crack muitas vezes em curtos períodos de tempo, tornando-se **dependente** rapidamente. Daí o grande poder de causar dependência do crack. Após tornar-se dependente, sem a droga o usuário entra em

[depressão](#) e sente um grande cansaço, além de sentir a “fissura”, que é a compulsão para usar a droga, que no caso do crack é avassaladora. O uso contínuo de grandes quantidades de crack leva o usuário a tornar-se extremamente agressivo, chegando a ficar paranóico, daí a gíria “nóia”, como referência ao usuário de crack. Problemas mentais sérios, problemas respiratórios, derrames e infartos são as consequências mais comuns do uso do crack.

História

Inicialmente o crack foi disseminado nas classes mais baixas da sociedade, embora atualmente já não se restrinja somente a elas. Nos centros das grandes cidades é comum ver os moradores de rua - de todas as idades, inclusive as crianças - fazendo uso desta droga. Cabe a reflexão sobre a origem daquelas pessoas: muitos já nasceram em condições de miséria comparáveis a aquela em que estão, mas certamente muitas daquelas pessoas, hoje a margem da sociedade, tinham toda uma vida estruturada, vida essa que trocaram pelo crack.

O uso do crack e suas consequências tornam possível dizer que atualmente o crack tornou-se uma epidemia, portanto, uma questão de saúde pública.

Referências:

BRASIL. Portal do Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1>

Acesso em 17 jan. 2010.

Dependência de álcool, cocaína e *crack* e transtornos psiquiátricos

Alcohol, cocaine, and *crack* dependence and psychiatric disorders

Morgana Scheffer Graciela Gema Pasa^I; Rosa Maria Martins de Almeida^{II,1}

^IUniversidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

^{II}Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Este estudo objetivou verificar a frequência de transtornos psiquiátricos em dois grupos de dependentes químicos, cocaína/*crack* e álcool/cocaína/*crack*, por meio do *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I Plus)*. Foram entrevistados 32 indivíduos do sexo masculino, com idade média de 27,65 (DP=7,38) anos. A maioria tinha Ensino Fundamental incompleto (34,37%), era solteira (81,25%) e relatou história familiar de consumo de álcool (76,5% - grupo cocaína/*crack*; 53,3% - grupo álcool/cocaína/*crack*). O período médio de abstinência era de 33,05 (DP=19,52) dias. Os resultados mostraram uma frequência maior de Transtorno do Humor nos dois grupos. Embora a diferença não tenha sido estatisticamente significativa, os dependentes de álcool/cocaína/*crack* apresentaram, adicionalmente, alta frequência de Transtorno de Personalidade, sugerindo a necessidade de tratamento diferencial para essa população.

Palavras-chave: drogas; comorbidades; transtornos psiquiátricos; população masculina.

ABSTRACT

This study investigated the frequency of psychiatric disorders in two groups of drug users, cocaine/*crack* and alcohol/cocaine/*crack*, by means of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I Plus). The participants, 32 men, had an average age of 27.65 (SD=7.38) years. Most of them had not completed Fundamental School (34.37%), were single (81.25 %) and reported a family history of alcohol consumption (76.5% - cocaine/*crack*; 53.3% - alcohol/ cocaine/*crack*). On average, the time of abstinence was 33.05 (SD=19.52) days. The results showed a high frequency of Mood Disorders in both groups. Although the difference was not statistically significant, the alcohol/cocaine/*crack* group presented, additionally, high frequency of Personality Disorder, suggesting the need of a distinct treatment for that population.

Keywords: drugs; comorbidity; psychiatric disorders; male population.

O uso e abuso de substâncias transformou-se em um grave problema de saúde pública em praticamente todos os países do mundo. Está altamente associado com comportamentos violentos e criminais, como acidentes de trânsito e violência familiar, principalmente entre indivíduos com histórico de agressividade e com complicações médicas e psiquiátricas, elevando drasticamente os índices de morbidade e mortalidade (Chalub & Telles, 2006; Kolling, Silva, Carvalho, Cunha & Kristensen, 2007; Nassif, 2004).

Conforme o Relatório Mundial do Escritório da Organização das Nações Unidas de Combate às Drogas e Crimes (*United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention* - UNODCCP, 2006), estima-se que 5% da população mundial entre 15 e 64 anos faz uso regular de algum tipo de substância ilícita, contabilizando aproximadamente 200 milhões de pessoas. Dentre as substâncias lícitas, o álcool é mundialmente a substância mais consumida, seguido pelo tabaco.

O II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (Carlini & cols., 2007) constatou que o álcool é a substância lícita mais utilizada nas 108 maiores cidades do país, contabilizando 74,6% dos indivíduos entrevistados, sendo 12,3% dos entrevistados diagnosticados como dependentes. O tabaco aparece com prevalência de 44,0% para o uso na vida e 10,1% para dependência. Nesse mesmo estudo, verificou-se uma prevalência de 22,8% em relação ao uso na vida de substâncias ilícitas na população pesquisada, sendo a maioria do sexo masculino. Assim como mostram os dados mundiais, no Brasil, verifica-se que a droga ilícita de maior consumo e de maior acessibilidade é a maconha (8,8%), seguida pelos solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), cocaína (2,9%) e *crack* (1,5%). Segundo estudos publicados no Relatório Mundial sobre Drogas de 2007, da Organização das Nações Unidas (ONU), no Brasil, o aumento do uso de cocaína passou de 0,4% no ano de 2001 para 0,7% em 2005, sendo considerado um dado importante, assim como o aumento do uso de maconha (1% no ano de 2001 para aproximadamente 3% em 2005).

O início do consumo de substâncias pode ocorrer por diversos motivos como: hedonismo, curiosidade, alívio da dor e sofrimento que, provavelmente, persistirão após a dependência, como também, com o objetivo de vivenciar novas experiências (Brajević-Gizdić, Mulić, Pletikosa & Kljajić, 2009). As experiências devido ao consumo da substância podem causar autodestruição, além de alterações comportamentais como: violência, indiferença, isolamento e desprezo. O uso crônico dessas substâncias pode causar dependência química, consequência da relação patológica entre um indivíduo e uma substância psicoativa (Brusamarello, Sureki, Borrile, Roehrs & Maftum, 2008). Outro problema refere-se à utilização de drogas psicotrópicas, assim como à existência de comorbidades psiquiátricas em dependentes de drogas (Filho, Turchi, Laranjeira & Castelo, 2003).

O estudo da dependência de álcool e outras substâncias, bem como a manifestação de transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de drogas vêm sendo pesquisado há muito tempo (Ross, Glaser & Germanson, 1988). Verifica-se a existência de episódios depressivos, por exemplo, associados ao abuso de substâncias (Bukstein, Brent & Kaminet, 1989; Dilsaver, 1987). Babu e cols. (2009) observaram que o uso abusivo de álcool, mesmo em concentrações mínimas como 0,1%, cocaína e anfetaminas afeta o sistema serotoninérgico e que este está relacionado com a depressão, causando a sua diminuição no meio extra-celular. Little, Krolewski e Cassin (2003) constataram que usuários de cocaína também perdem a proteína VMAT2, que é responsável pelo transporte de monoaminas, causando prejuízos no sistema dopaminérgico, podendo resultar em transtornos do humor em indivíduos com dependência severa dessa substância. Estudo realizado com 198 dependentes de múltiplas drogas como a cocaína, o *crack*, a maconha, o álcool e o tabaco corrobora os dados acima, indicando que a maioria dos dependentes apresentava graves transtornos psicopatológicos, entre eles a depressão (Sandí & Diaz, 1998). Na última década, a co-ocorrência de transtornos mentais e de transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas é vastamente conhecida na clínica psiquiátrica (Zaleski & cols., 2006).

As pesquisas do *Epidemiologic Catchment Area Study* (Regier & cols., 1990) revelaram que cerca de metade dos indivíduos diagnosticados como dependentes de álcool e outras substâncias pelos critérios do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV-TR* (American Psychiatric Association, 2000/2002) apresentam um diagnóstico psiquiátrico adicional: 26%, Transtornos do Humor; 28%, Transtorno de Ansiedade; 18%, Transtornos de Personalidade Antissocial; e 7%, Esquizofrenia. No estudo de Delbello e Strkowski (2003), a prevalência de Depressão Maior entre dependentes químicos variou de 30 a 50%. Da mesma forma, em outros estudos tem sido constatado que os transtornos mais comuns são os Transtornos de Humor como: a Depressão (Milling, Faulkner &

Craig, 1994; Regier & cols., 1990), tanto uni como bipolar (Hätönen, Forsblom, Kieseppä, Lönnqvist & Partonen, 2008; Ribeiro, Laranjeira & Cividanesi, 2005) e Transtornos de Ansiedade (Messina, Wish, Hoffman & Nemes, 2001; Watkins, Lewellen & Barret, 2001).

Steadman e cols. (1998) acompanharam pacientes de hospitais psiquiátricos gerais dos Estados Unidos, nos quais a taxa de abuso de substância era de 21,8%. No Brasil, em relação aos pacientes internados por problemas psiquiátricos, aproximadamente 35% apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, sendo 90% relacionados ao consumo de álcool (Noto & Carlini, 1995). Segundo Alves, Kessler e Ratto (2004), o álcool pode causar sintomas de depressão, ansiedade e hipomania/mania durante a intoxicação e a abstinência.

Gauer e cols. (2007) observaram que, dentre os internos delinquentes do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso, localizado em Porto Alegre, 60,8% daqueles que cometeram algum delito contra outra pessoa possuíam um transtorno relacionado ao álcool e 30,4% possuíam um transtorno relacionado ao uso de cocaína. E, nos crimes contra o patrimônio, verificaram que 20,8% dos indivíduos possuíam um transtorno relacionado ao uso de álcool e 52,2% possuíam um transtorno relacionado ao uso de cocaína.

No estudo feito por Hatzitaskos, Soldatos, Kokkevi e Stefanis (1999), o abuso de uma ou mais substâncias foi relatado por pacientes que apresentavam Transtorno de Personalidade *Borderline* e Transtorno da Personalidade Antissocial, com uma incidência de 76% e 95%, respectivamente, em adultos jovens internados em um serviço psiquiátrico de hospital geral.

Outra substância de alta prevalência é o *crack*, forma impura de cocaína mais utilizada, com uma taxa de 0,3% de uso na vida atualmente, que pode vir a desencadear graves sintomas de agressividade e de psicose. Outras formas de uso da cocaína (oral, inalada e injetável) também podem causar danos importantes à saúde física e mental do indivíduo (Guindalini, Vallada, Breen & Laranjeira, 2006; Laranjeira, Rassi, Dunn, Fernandes & Mitsuhiro 2001).

Nos EUA, o Estudo Nacional de Comorbidade verificou índices altos de comorbidades psiquiátricas em dependentes de substância, principalmente a cocaína, com 76% dos indivíduos apresentando alguns transtornos comórbidos (Kessler & cols., 1994), sendo mais frequentes os Transtornos do Humor e os Ansiosos (Pulcherio, Verneti, Strey & Faller, 2008). As taxas de prevalência ao longo da vida de Transtorno Depressivo são maiores em abusadores e dependentes de cocaína e variam entre 25 e 61% (Rounsaville, 2004). A prevalência é alta, podendo ser até duas vezes maior do que a população em geral (Kessler & cols., 1994).

O uso do álcool em combinação com o uso da cocaína é considerado a associação mais frequente de uso de drogas, o que resulta não somente num aumento e prolongamento da euforia, mas também em grande toxicidade (Vasconcelos & cols., 2001) e na diminuição da disforia em períodos de abstinência (Prior & cols., 2006), devido ao aparecimento de uma terceira substância chamada cocaetileno que apresenta mecanismos de ação tóxica semelhantes e, por vezes, mais elevada do que a própria cocaína (Chasin, 1996). O consumo associado dessas duas drogas gera uma maior perda do controle do consumo, problemas sociais e condutas violentas que levam a comportamentos de risco, sendo a base de quadros clínicos de maior gravidade observados (Prior & cols., 2006).

Estar divorciado, ser solteiro, ter disfunção no ambiente familiar e doenças psiquiátricas parentais pode ser considerado como fatores de risco tanto para a dependência de cocaína quanto para o surgimento da Depressão Maior (Alpert, 1994). Quanto à história familiar de dependência química, alguns estudos revelam uma alta frequência de parentes com história positiva de dependência de álcool (Alpert, 1994), como também a existência de relações entre fatores hereditários de predisposição ao alcoolismo (Dalla-Déa, Telles, Ramos & Costa, 1997).

Em uma amostra de 23 indivíduos suicidas do Município de Venâncio Aires nos anos de 1999 e 2000, a maioria era casada e com Ensino Fundamental incompleto, sendo as características clínicas mais frequentes o abuso de álcool e a depressão com história familiar de comportamento suicida (Sperb & Werlang, 2002).

No Brasil, estudos sobre comorbidades psiquiátricas em dependentes de álcool, cocaína/*crack* e do uso concomitante dessas drogas são escassos. Ao iniciar o tratamento dessa população pode haver dificuldade na diferenciação entre transtornos previamente existentes e transtornos secundários à dependência química devido aos sintomas depressivos, ansiosos e mania prevalentes no período de abstinência da droga (Alves & cols., 2004).

Um melhor entendimento das comorbidades e uma melhor qualidade no atendimento e na integração das equipes (psicólogos e psiquiatras) são necessários para que ocorra um atendimento mais adequado dessa população no Brasil (Occhini & Teixeira, 2006). Portanto, o objetivo desse estudo foi de verificar e de analisar a frequência de comorbidades psiquiátricas existentes em dependentes de cocaína/*crack* e álcool/cocaína/*crack* na região da Grande Porto Alegre.

Método

Participantes

Utilizou-se uma amostra do tipo não aleatória, constituída por 32 indivíduos do sexo masculino, alfabetizados, com idade entre 18 e 49 anos, divididos em dois grupos distintos: dependentes de cocaína/*crack* (n=17) e dependentes de álcool/cocaína/*crack* (n=15). A média da idade do grupo dos dependentes de cocaína/*crack* foi de 28,65 (DP=8,09) anos e dos dependentes de álcool/cocaína/*crack* foi de 26,53 (DP=6,59) anos. Quanto aos medicamentos, no grupo cocaína/*crack*, 23,52% fazia uso de antipsicóticos; 17,64%, de antidepressivos; 11,76%, de anticonvulsivantes e benzodiazepínicos; e 5,88%, de carbolitium. No grupo álcool/cocaína/*crack*, 26,66% fazia uso de anticonvulsivantes; 13,33%, de antidepressivos; e 6,66%, de benzodiazepínicos.

Os participantes, todos dependentes químicos conforme critérios do DSM-IV-TR (2000/2002), estavam em regime de internação numa comunidade terapêutica para desintoxicação e reabilitação da dependência química, localizada na região da Grande Porto Alegre. O tempo médio de abstinência era de 33,05 (DP=19,52) dias.

Os grupos foram pareados conforme idade, sexo, escolaridade e nível socioeconômico.

Instrumentos

As informações sociodemográficas foram obtidas por intermédio de um questionário dividido em duas partes: uma contendo dados de identificação (data de nascimento, idade, grau de escolaridade, sexo e renda mensal) e outra referente à história familiar.

Para verificar a existência de transtornos psiquiátricos, foi utilizado o *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I Plus)* (Sheehan & cols., 1998). Trata-se de uma entrevista diagnóstica breve, traduzida e adaptada para a população brasileira por Amorim (2000), baseada nos critérios do DSM-IV e da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O M.I.N.I Plus engloba os principais transtornos do Eixo I, por meio de uma entrevista objetiva e avaliação aprofundada dos transtornos mentais ao longo da vida, explorando sistematicamente todos os critérios de inclusão e de exclusão e a cronologia (data do início e duração dos transtornos, número de episódios) de 23 categorias diagnósticas do DSM-IV. Segundo Amorim, os índices de confiabilidade do M.I.N.I Plus (estudo 4) são satisfatórios, quando comparados a vários critérios de referência (*Composite International Diagnostic Interview-CIDI, Structured Clinical Interview for DSM-III-R-SCID-P*, opinião de peritos), em diferentes contextos (unidades psiquiátricas e centros de atenção primária). Ainda de acordo com essa autora, o M.I.N.I. Plus também mostrou qualidades psicométricas similares às de outras entrevistas diagnósticas padronizadas mais complexas, permitindo uma redução de 50% ou mais no tempo da avaliação.

Procedimento

Esta pesquisa é de caráter transversal com análise quantitativa dos dados. O projeto foi submetido para avaliação no Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS. Após a aprovação do comitê (protocolo 015/2007) houve o contato com os coordenadores da comunidade terapêutica para reabilitação da dependência química, onde os dados da pesquisa foram coletados.

Foi realizada inicialmente uma entrevista com o objetivo de obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, foi feito o levantamento dos dados sociodemográficos. A entrevista estruturada foi feita individualmente, por meio de membros treinados da equipe, composta por graduandos de psicologia, em uma sala com ambiente iluminado e reservado. A aplicação dos instrumentos foi realizada em um tempo mínimo de 30 minutos e tempo máximo de 1 hora e 15 minutos.

Análise de dados

Os dados obtidos na entrevista foram tabulados em planilha eletrônica do *software* estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 16.0. Foram aplicados o teste de correlação Phi e o teste Qui Quadrado para comparar a escolaridade entre os dois grupos. O nível de significância aceito foi de $p \leq 0,05$. O número total de participantes propiciou que as análises estatísticas tivessem um tamanho de efeito médio e um alfa de 0,05, praticamente 80% de chances de não cometer o erro Tipo II nas análises estatísticas.

Resultados

O tempo de consumo médio de droga e renda mensal para os grupos cocaína/*crack* e álcool/cocaína/*crack* estão expostos na [Tabela 1](#). Percebe-se que no grupo de cocaína/*crack*, o consumo de cocaína antecede o uso de *crack*, sendo que no grupo de álcool/cocaína/*crack*, o consumo de álcool antecede o consumo das drogas ilícitas. Entretanto, o tempo de consumo médio do *crack* é mais elevado, quando

comparado ao da cocaína. A média da renda mensal é similar para ambos os grupos.

Tabela 1. Média e desvio padrão quanto ao tempo de consumo da droga e renda mensal para os grupos de cocaína/*crack* e álcool/cocaína/*crack*.

Variáveis	Grupos			
	Cocaína/ <i>crack</i> (n=17)		Álcool/cocaína/ <i>crack</i> (n=15)	
	M	DP	M	DP
Tempo de consumo (anos)				
Álcool	-	-	14,33	4,72
Cocaína	14,0	14,35	6,0	4,92
<i>Crack</i>	2,33	1,37	11,67	4,30
Renda Mensal (RS)	852,66	298,91	881,0	454,31

Notas: M- Média; DP-Desvio padrão.

Os dados sociodemográficos como o nível de escolaridade, estado civil e história familiar de uso de álcool, cocaína e *crack* estão apresentados na [Tabela 2](#). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos quanto à escolaridade, sendo que a maioria (41,2%) dos dependentes do grupo de cocaína/*crack* apresentou Ensino Fundamental incompleto, enquanto a maioria (33,3%) do grupo álcool/cocaína/*crack* apresentou Ensino Médio incompleto. Em relação ao estado civil, a maioria da amostra para ambos os grupos era solteira, sendo que no grupo cocaína/*crack* houve maior história família de uso de álcool e no grupo álcool/cocaína/*crack*, igual prevalência para história de álcool e cocaína.

Tabela 2. Frequência e porcentagem dos dados quanto à escolaridade, ao estado civil e à história familiar de uso de drogas para os grupos cocaína/*crack* e álcool/cocaína/*crack*.

Variáveis	Grupos			
	Cocaína/ <i>crack</i> (n=17)		Álcool/cocaína/ <i>crack</i> (n=15)	
	Frequência	%	Frequência	%
Escolaridade				
Ensino Fundamental Incompleto	7	41,2	4	26,7
Ensino Fundamental Completo	3	17,6	1	6,7
Ensino Médio Incompleto	4	23,5	5	33,3
Ensino Médio Completo	1	5,9	4	26,7
Ensino Superior Incompleto	1	5,9	-	-
Ensino Superior Completo	1	5,9	1	6,7
Estado Civil				
Solteiro	12	70,6	14	93,3
Separado	1	5,9	-	-
Casado	4	23,5	1	6,7
História Familiar				
Álcool	13	76,5	8	53,3
Cocaína	7	41,2	8	53,3
<i>Crack</i>	8	47,1	2	13,3

As psicopatologias foram apresentadas em forma de frequência e porcentagem na [Tabela 3](#). Quanto à frequência dos transtornos psiquiátricos, não houve diferença estatisticamente significativa na comparação entre os grupos de dependentes químicos. Alguns transtornos do humor (e.g., Transtorno Distímico, Episódio Hipomaníaco e Transtorno Bipolar) e de ansiedade (e.g., Transtorno de Pânico, Fobia Social e Específica e Transtorno Obsessivo Compulsivo) não foram relevantes, apresentando uma frequência mínima em relação aos transtornos apresentados na [Tabela 3](#).

Tabela 3. Frequência e porcentagem de comorbidades psiquiátricas para os grupos cocaína/*crack* e álcool/cocaína/*crack*.

Comorbidades Psiquiátricas	Grupos			
	Cocaína/ <i>crack</i> (n=17)		Álcool/cocaína/ <i>crack</i> (n=15)	
	Frequência	%	Frequência	%
Transtornos do Humor				
Episódio Depressivo Maior	9	52,9	10	66,7
EDM com Características Melancólicas	9	52,9	8	53,3
Risco de Suicídio	7	41,2	10	66,7
Episódio Maníaco	9	52,9	5	33,3
Transtornos de Ansiedade				
Agorafobia	7	41,2	4	26,7
Transtorno de Personalidade				
Transtorno de Personalidade Antissocial	6	35,3	8	53,3

Nota: EDM – Episódio Depressivo Maior.

No grupo de cocaína/*crack* houve associação significativa positiva entre a história familiar de uso de álcool e a presença de Episódio Depressivo Maior com características Melancólicas ($\Phi = 0,893$; $p \leq 0,033$) e a presença de Episódio Maníaco ($\Phi = 0,588$; $p \leq 0,015$). A história familiar de uso de cocaína apresentou associação positiva com a presença de Risco de Suicídio ($\Phi = 0,906$; $p \leq 0,029$) e associação negativa com o Transtorno de Ansiedade Generalizada ($\Phi = -0,949$; $p \leq 0,015$). Houve tendência de associação negativa entre história familiar de uso de *crack* e a presença de Episódio Depressivo Maior ($\Phi = -0,819$; $p \leq 0,056$) e associação positiva dessa história com a presença de Transtorno de Personalidade Antissocial ($\Phi = 0,858$; $p \leq 0,044$). No grupo de álcool/cocaína/*crack* foi encontrada associação positiva entre o nível de escolaridade e a presença de Episódio Depressivo Maior com características Melancólicas ($\Phi = 0,856$; $p \leq 0,027$).

Discussão

A partir dos dados coletados verificou-se que a maioria dos dependentes químicos apresentou baixa escolaridade. Dentre os dois grupos de dependentes, o grupo de cocaína/*crack* apresentou índice mais baixo de escolaridade quando comparado ao grupo de dependentes de álcool/cocaína/*crack*. A baixa escolaridade observada entre os dependentes químicos já é tratada na literatura como um grave problema, decorrente, muitas vezes, do próprio uso da droga. O início do consumo na maior parte dos casos é iniciado precocemente, contribuindo para a evasão escolar desde cedo (Pechansky, Szobot & Scivoletto, 2004; Schenker & Minayo, 2005). Jovens usuários de substâncias acabam abandonando o ambiente escolar, não somente para fazer o uso da droga, mas também motivados pelo baixo desempenho e pela dificuldade de aprendizado, conseqüentes dos prejuízos cognitivos desencadeados

pelo uso frequente da droga (Pechansky & cols., 2004; Tavares, Beria & Lima, 2004).

Verificou-se, também, que a maior parte dos dependentes químicos do estudo é solteira, corroborando dados da literatura que apontam a dificuldade que essa população tem para manter relacionamentos, uma vez que o dependente passa a reduzir as atividades com a família em favor do uso da droga (Figlie, Fontes, Moraes & Payá, 2004). Além disso, verificam-se altos índices de violência familiar entre a população usuária de drogas, o que também pode ser desencadeante de separações frequentes (Bonifaz & Nakano, 2004; Rabello & Caldas Júnior, 2007).

Fator importante a ser considerado entre a população usuária de substância é a história de uso de drogas por familiares próximos. Isso porque o uso de drogas pode ser decorrente de imitação dos comportamentos de outros familiares, bem como ser decorrente de vulnerabilidade neurobiológica e os familiares (53,3%). Esses dados corroboram aqueles do predisposição genética para o uso (Bau, 2002; John, Meyer, estudo feito por Araújo, Gimeno, Lopes, Douza e Capra Rumpf & Hapke, 2004; Schenker & Minayo, 2005). Neste (2002) com uma amostra de dependentes químicos adultos, estudo, verificou-se o histórico de uso de substância pelos do sexo masculino, onde se constatou que 55% da população familiares dos participantes, sendo que nos dependentes de estudada possuía história familiar de dependência química. cocaína/*crack* houve maior prevalência de uso de álcool Da mesma forma, estudo realizado nos Estados Unidos com (76,5%) e no grupo de dependentes de álcool/cocaína/*crack*, 987 indivíduos de 105 famílias encontrou evidências de alalém do álcool, constatou-se também o uso de cocaína entre guns genes implicados no alcoolismo (Reich & cols., 1998).

A National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (Nesarc), conduzida pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), entrevistou, entre os anos 2001-2002, indivíduos com 18 anos ou mais e constatou que 30,3% dos respondentes tinham algum transtorno psiquiátrico devido ao uso de álcool, sendo 17,8% por abuso e 12,5% por dependência, ao longo da vida (Hasin, Stinson, Ogburn, Bridget & Grant, 2007). Similarmente, no presente estudo, verificou-se que a maioria dos participantes apresentou ao menos um transtorno mental, além da dependência de cocaína e/ou *crack* e álcool. Esses resultados corroboram os achados de outras investigações (e.g., Nassif, 2004), os quais indicam que o uso nocivo de substâncias é um importante problema de saúde, que afeta o cérebro e o comportamento.

Ambos os grupos deste estudo apresentaram diagnóstico para pelo menos um transtorno de humor. O grupo de dependentes de cocaína/*crack* apresentou igual prevalência para Episódio Depressivo Maior e Episódio Maníaco (52,9%) e Risco de Suicídio (41,2%). Dentre os dependentes de álcool/ cocaína/*crack*, 66,7% apresentaram Episódio Depressivo Maior, acompanhado por Risco de Suicídio (66,7%) e Episódio Depressivo Maior com características Melancólicas (53,3%). Esses dados colaboram alguns achados em que o alcoolismo crônico está bastante relacionado aos suicídios. Alcoolistas têm 60 a 120 vezes maior probabilidade de atentarem contra a própria vida do que a população abstêmia (Sher, 2006). Isso pode ser devido à maior ideação e maior frequência de comportamentos suicidas quando consomem álcool (Hufford, 2001).

Porém, na literatura ainda há controvérsias quanto à prevalência de transtornos psiquiátricos em dependentes químicos. No estudo de Soares (2003), por exemplo, com indivíduos da cidade de São Paulo, que apresentavam transtornos mentais grave com tentativas e ideações suicidas, apenas 7,3% apresentavam abuso ou dependência de álcool.

As condutas antissociais mostram-se mais prevalentes no consumo de álcool e derivados da cocaína (Storr, Accornero & Crum, 2007), sendo a última uma droga com alta capacidade de dependência e que produz intensos sintomas psiquiátricos, tais como agitação, paranóia, alucinações, delírios, hipervigilância, violência e pensamentos suicidas (Morton, 1999; Pérez, 2003). Dentre os transtornos da personalidade, o grupo dos dependentes de álcool/cocaína/ *crack* apresentou alto índice de Transtorno de Personalidade Antissocial (53,3%), confirmando os dados acima. Dentre os transtornos ansiosos, por sua vez, houve maior prevalência para Agorafobia nos dependentes de cocaína/*crack*. Entretanto, o estudo de Decker e Richard (1996) indica que esse transtorno é mais comum em dependentes de álcool. Além disso, a Fobia Social é mais prevalente em alcoolistas (Bittencourt, Oliveira & Souza, 2003), o que no presente estudo não foi encontrado.

Lotufo-Neto e Gentil (1994) avaliaram a prevalência de sintomas ansiosos e fóbicos em pacientes dependentes de álcool, e também a prevalência de abuso e dependência de álcool entre aqueles que procuraram o serviço ambulatorial por diagnóstico de Transtorno do Pânico/Agorafobia. Os resultados mostraram que o abuso e a dependência de álcool eram mais prevalentes em homens com Pânico e Agorafobia, os quais controlavam os sintomas de ansiedade consumindo álcool. Adicionalmente, Otto, Pollack, Sachs, O'Neill e Rosenbaum (1992) verificaram que 88,3% dos indivíduos dependentes de drogas tinham ataques de pânico. No presente estudo, os transtornos ansiosos, especificamente a Agorafobia, estavam mais presentes entre dependentes somente de cocaína/*crack*, sendo a Transtorno do Pânico pouco frequente.

A literatura aponta que o tempo de uso e o tipo de substância consumida são fatores importantes para o entendimento das consequências decorrentes da dependência química (Pillon, O'Brien & Chavez, 2005; Simão, 2004). No presente estudo, o período médio de consumo de cocaína e *crack* foi menor que o álcool, mas os prejuízos encontrados devido ao consumo do álcool, em comparação ao consumo da cocaína e do *crack*, foram mais tardios.

Alguns estudos (e.g., Bau, 2002; John & cols., 2004; Rogers & Robins, 2001) afirmam que existe uma pré-vulnerabilidade neurobiológica do sujeito, a qual propiciaria o uso nocivo de substâncias, enquanto outros (e.g., Lewis & cols., 2010; Nascimento & Justos, 2000) relatam que os prejuízos são decorrentes do próprio uso. Uma avaliação de pacientes em tratamento para dependência de álcool/drogas ou depressão em ambulatórios especializados da cidade de Botucatu foi realizada por Tucci (2005). Este estudo mostrou maior frequência de comorbidade psiquiátrica e história familiar positiva para dependência de álcool, drogas ilícitas e outros transtornos psiquiátricos entre os grupos de dependentes de álcool ou demais drogas e aqueles com depressão, quando comparados com o grupo controle, indicando que a dependência de substância pode ser decorrente de aspectos multifatoriais, sendo eles hereditários mentais e sociais.

Os resultados aqui obtidos mostraram elevadas associações, tanto positivas como negativas, para o grupo de dependentes de cocaína/*crack*, entre história familiar de álcool, cocaína e *crack* e alguns Transtornos de Humor e de Ansiedade. Para o grupo álcool/cocaína/*crack*, houve associação positiva entre o nível de escolaridade e Episódio Depressivo Maior com característica Melancólicas. Assim, como uma extensa literatura sugere, esses resultados mostram que há fatores hereditários importantes que contribuem para o surgimento da dependência de substâncias e suas possíveis comorbidades, principalmente Transtornos do Humor, sendo que sintomas ansiosos podem diminuir com o consumo. Fatores sociais, como o nível de escolaridade, também podem estar envolvido mais diretamente com a maior prevalência desses transtornos nessa população.

A associação de dois transtornos sugere que uma das patologias possa ter uma relação causal em relação à outra ou, então, que existiriam fatores de vulnerabilidade comuns às duas patologias. Independentemente dos transtornos associados serem anteriores ou posteriores à instalação da farmacodependência, a detecção precoce desses quadros psicopatológicos contribui para maior eficácia no tratamento (Silveira & Jorge, 1999). Entretanto, verifica-se na literatura que a grande maioria da população de dependentes químicos não tem acesso ao tratamento adequado, conforme apontado por Carlini e cols. (2007). Nesse estudo, apenas 11% dos entrevistados em 108 das maiores cidades do Brasil foram tratados pelo uso de álcool e/ou drogas.

Considerações Finais

Esta pesquisa constatou alta prevalência de transtornos psiquiátricos nos dependentes químicos que participaram do estudo. Não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas para os dois grupos quanto aos transtornos psiquiátricos, demonstrando que o uso crônico do álcool e/ ou cocaína/*crack* podem causar consequências similares, podendo ser fatores desencadeantes ou consequentes de quadros psiquiátricos, principalmente Transtornos do Humor. Importante ressaltar que, apesar da não haver significância estatística, observou-se nos dependentes de álcool/cocaína/ *crack* maior presença de Transtornos de Personalidade, o que pode ser devido à influência do consumo de álcool. Outro aspecto importante relaciona-se à alta prevalência de história familiar de uso de drogas por familiares dos dependentes, demonstrando que fatores genéticos e/ou culturais podem estar envolvidos.

O uso nocivo de substâncias foi por muito tempo tratado por meio de ações punitivas ao invés de preventivas e terapêuticas, sendo a dependência química considerada como "falha moral" ou "falta de força de vontade". Entretanto, nas últimas duas décadas, com o progressivo desenvolvimento dos estudos científicos, a dependência química passou a ser compreendida como um sério problema de saúde, que afeta o cérebro e, conseqüentemente, o comportamento.

Na literatura atual ainda existem controvérsias quanto à origem da dependência química, assim como dos transtornos psiquiátricos associados. Por isso, sugere-se que estudos de seguimento com populações que apresentam índices de história familiar de uso de drogas seriam importantes norteadores em prol de melhor entendimento do fenômeno, bem como de ações preventivas mais efetivas.

É importante o conhecimento de alterações emocionais para um melhor planejamento de programas preventivos, buscando uma metodologia mais eficaz para dependentes de drogas. Frequentemente, os dependentes químicos apresentam muita resistência para fazer e permanecer em tratamento. Com a identificação de alterações emocionais, os pacientes devem receber o tratamento mais adequado.

Salienta-se a importância da verificação do diagnóstico diferencial para a população de dependentes químicos, com uma atenção maior para os sintomas que possam vir a permanecer após o período de abstinência.

Referências

- Alpert, J. E., Maddocks, A., Rosenbaum, J. F., & Fava, M. (1994). Childhood psychopathology retrospectively assessed among adults with early onset major depression. *Journal of Affective Disorders*, 31, 165-171. [[Links](#)]
- Alves, H., Kessler, F., & Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidade: uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 51-53. [[Links](#)]
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM IV-TR* (4ªed. revisada) (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2000) [[Links](#)]
- Amorin, P. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2, 106-115. [[Links](#)]
- Araújo, R. B., Gimeno, L. I. D., Lopes, S. R., Douza, A. C. F., & Capra, N. V. (2002). História familiar de alcoolismo em dependentes químicos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 24, 281-286. [[Links](#)]
- Babu, D. K, Díaz, A., Samikkannu, T., Rao, K. V., Saived, Z. M., Rodrigues, J. W., & Nair, M. P. (2009). Upregulation of serotonin transporter by alcohol in human dendritic cells: Possible implication in neuroimmune deregulation. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33, 1731-1738. [[Links](#)]
- Bau, C. H. D. (2000). Estado atual e perspectivas da genética e epidemiologia do alcoolismo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7, 183-190. [[Links](#)]
- Bittencourt, S. A., Oliveira, M. S., & Souza, C. C. (2005). Estudo de relações entre fobia social e uso do álcool. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 1, 135-146. [[Links](#)]
- Bonifaz, R. G. V., & Nakano, A. M. S. (2004). A violência intrafamiliar, o uso da droga no casal, desde a perspectiva da mulher maltratada. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 433-438. [[Links](#)]
- Brajević-Gizdić, I., Mulić, R., Pletikosa, M., & Kljajić, Z. (2009). Self-perception of drug abusers and addicts and investigators' perception of etiological factors of psychoactive drug addiction. *Collegium Antropologicum*, 33, 225-31. [[Links](#)]
- Brusamarello, T., Sureki, M., Borrile, D., Roehrs, H., & Maftum, A. (2008). Consumo de drogas: concepções de familiares de estudante em idade escolar. SMAD, *Revista Eletrônica Salud Mental, Alcohol y Drogas*. Retirado em 05/12/2008, de <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci>. [[Links](#)]
- Bukstein, O. G., Brent, D. A., & Kaminet, Y. (1989). Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1131-1141. [[Links](#)]
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., Fonseca, A. M., Carlini, C. M., & Oliveira, L. G. (2007). *II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País – 2005*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas. [[Links](#)]
- Chalub, M., & Telles, L. E. B. (2006). Álcool, drogas e crime. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 69-73. [[Links](#)]

Chasin, A. A. M. (1996). *Cocaína e cocaetileno: influência do etanol nas concentrações de cocaína em sangue humano post mortem*. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, São Paulo. [[Links](#)]

Dalla-Déa, H. R. F., Telles, C. E. P., Ramos, F. C. L., & Costa, F. V. (1997). *Alcoolismo, personalidade e genética*. *Revista de Psicologia*, 5, 119-130. [[Links](#)]

Decker, K. P., & Richard K. R. (1996). Diagnostico diferencial y psicofarmacologia de los trastornos duales. *Revista de Toxicomanias*. Retirado em 02/12/2008, de <http://www.cat-barcelona.com/ret/pdfret/RET06-2.pdf>. [[Links](#)]

Delbello, M. P., & Strkowski, S. M. (2003). Understanding the problem of co-occurring mood and substance use disorders. Em J. J. Westermeyer, R. D. Weiss & D. M. Ziedonis (Orgs.), *Integrated treatment for mood and substance use disorders* (pp. 17-41). Baltimore: John Hopkins University. [[Links](#)]

Dilsaver, S. C. (1987). The pathologies of substance abuse and affective disorders: An integrative model? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 7, 1-10. [[Links](#)]

Figlie, N., Fontes, A., Moraes, E., & Payá, R. (2004). Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31, 53-62. [[Links](#)]

Filho, O. F., Turchi, M. D., Laranjeira, R., & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública*, 37, 751-759. [[Links](#)]

Gauer, G. J. C., Osório, F. C., Neto, A. C., Teixeira, L., Caum, M., Souza, T. A. C., Valle, V., & Cristófoli, V. (2007). Inimputabilidade: estudo dos internos do Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29, 286-293. [[Links](#)]

Guindalini, C., Vallada, H., Breen, G., & Laranjeira, R. (2006). Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: Do they represent a different group? *BMC Public Health*, 6, 1-7. [[Links](#)]

Hasin, D. S., Stinson, F. S., Ogburn, E., Bridget, F., & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV alcohol abuse and dependence in the United States. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 830-842. [[Links](#)]

Hätönen, T., Forsblom, S., Kiesepä, T., Lönnqvist, J., & Partonen, T. (2008). Circadian phenotype in patients with the comorbid alcohol use and bipolar disorders. *Alcohol and Alcoholism*, 43, 564-568. [[Links](#)]

Hatzitaskos, P., Soldatos, C. R., Kokkevi, A., & Stefanis, C. N. (1999). Substance abuse patterns and their association with psychopathology and type of hostility in male patients with borderline and antisocial personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 278-282. [[Links](#)]

Hufford, M. R. (2001). Alcohol and suicidal behaviour. *Clinical Psychology Review*, 21, 797-811. [[Links](#)]

John, U., Meyer, C., Rumpf, H. J., & Hapke, U. (2004). Depressive disorders are related to nicotine dependence in the population but do not necessarily hamper smoking cessation. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*, 169-176. [[Links](#)]

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19. [[Links](#)]

Kolling, N. M., Silva, C. R., Carvalho, J. C. N., Cunha, S. M., & Kristensen, C. H. (2007). Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. *Avaliação Psicológica*, *6*, 127-137. [[Links](#)]

Laranjeira, R., Rassi, R., Dunn, J., Fernandes, M., & Mitsuhiro, S. (2001). crack cocaine: A two-year follow-up of treated patients. *Journal of Addictive Disorders*, *20*, 43-48. [[Links](#)]

Lewis, M. A., Neighbors, C., Geisner, I. M., Lee, C. M., Kilmer, J. R., & Atkins, D. C. (2010). Examining the associations among severity of injunctive drinking norms, alcohol consumption, and alcohol-related negative consequences: The moderating roles of alcohol consumption and identity. *Psychology and Addiction Behavior*, *24*, 177-89. [[Links](#)]

Little, K. Y., Krolewaki, D. M., Zhang, L., & Cassin, B. J. (2003). Loss of striatal vesicular monoamine transporter protein (VMAT2) in human cocaine users. *American Journal of Psychiatry*, *16*, 1-2. [[Links](#)]

Lotufo-Neto, F., & Gentil, V. (1994). Alcoholism and phobic anxiety-a clinical-demographic comparison. *Addiction*, *89*, 447-453. [[Links](#)]

Messina, N., Wish, E., Hoffman, J., & Nemes, S. (2001). Diagnosing antisocial personality disorder among substance abusers: The SCID versus the MCMIII (Structured Clinical Interview for the DSM-III-R, Millon Clinical Multiaxial Inventory, 2nd edition). *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *27*, 699-618. [[Links](#)]

Milling, R. N., Faulkner, L. R., & Craig, J. M. (1994). Problems in the recognition and treatment of patients with dual diagnoses. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *11*, 267-271. [[Links](#)]

Morton, W. A. (1999). Cocaine and psychiatric symptoms. *Primare Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, *1*, 109-113. [[Links](#)]

Nascimento, E. C., & Justo, J. S. (2000). Vidas errantes e alcoolismo: uma questão social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *13*, 529-538. [[Links](#)]

Nassif, S. L. S. (2004). Aspectos neuropsicológicos associados ao uso de cocaína. Em V. M. Andrade, F. H. Santos & O. F. A. Bueno (Orgs.), *Neuropsicologia hoje* (pp. 371-385). São Paulo: Artes Médicas. [[Links](#)]

Noto, A. R., & Carlini, E. A. (1995). Internações hospitalares provocadas por drogas: uma análise de sete anos consecutivos. *Revista ABP-APAL*, *17*, 107-114. [[Links](#)]

Occhini, M. F., & Teixeira, M. G. (2006). Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. *Estudos de Psicologia*, 11, 229-236. [[Links](#)]

Organização das Nações Unidas - ONU (2007). *Relatório Mundial sobre Drogas*. Publication Sales No. E. 07.XI.5 ISBN 978-92-1-148222-5. [[Links](#)]

Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., O'Neill, C. A., & Rosenbaum, J. F. (1992). Alcohol dependence in panic disorder patients. *Journal of Psychiatric Research*, 26, 29-38. [[Links](#)]

Pechansky, F., Szobot, C. M., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 14-17. [[Links](#)]

Pérez, J. (2003). Clínica de la adicción a pasta base de cocaine. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 41, 55-63. [[Links](#)]

Pillon, S. C., O'Brien, B., & Chavez, K. A. P. (2005). The relationship between drugs use and risk behaviors in Brazilian university students. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 1169-1176. [[Links](#)]

Prior, N. P., Payá, J. M. Company, E. S., Piqueres, R. F., Calvo, M. C., & Barco R. R. (2006). Transcendencia del cocaetileno en el consumo combinado de etanol y cocaína. *Revista Española de Drogodependencias*, 31, 254-270. [[Links](#)]

Pulcherio, G., Verneti, C., Strey, M. N., & Faller, S. (2008). Transtorno de estresse pós-traumático em dependente do álcool. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35, 154-8. [[Links](#)]

Rabello, P. M., & Caldas Júnior, A. F. (2007). Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Revista de Saúde Pública*, 41, 970-978. [[Links](#)]

Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518. [[Links](#)]

Reich, T., Edenberg, H. J., Goate, A., Williams, J. T., Rice, J. P., Van Eerdewegh, P., Foroud, T., Hesselbrock, V., Schuckit, M. A., Bucholz, K., Porjesz, B., Li, T. K., Conneally, P. M., Nurnberger, J. I., Tischfield, J. A., Crowe, R. R., Cloninger, C. R., Wu, W., Shears, S., Carr, K., Crose, C., Willig, C., & Begleiter, H. (1998). *Genomewide search for genes affecting the risk for alcohol dependence*. *American Journal of Medicine Genetic*, 81, 207-215. [[Links](#)]

Ribeiro, M., Laranjeira, R., & Cividanes, G. (2005). Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 32, 78-88. [[Links](#)]

Rogers, R. D., & Robbins, S. T. W. (2001). Investigating the neurocognitive deficits associated with chronic drug misuse. *Current Opinion Neurobiology*, 1, 250-257. [[Links](#)]

- Ross, H. E., Glaser, F. B., & Germanson, T. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031. [[Links](#)]
- Rounsaville, B. J. (2004). Treatment of cocaine dependence and depression. *Biology Psychiatry*, 56, 803-809. [[Links](#)]
- Sandí, L. E., & Diaz, A. (1998). Características funcionales y de consumo en adolescentes consumidores de drogas. *Acta Pediátrica Costarricense*, 12, 41-6. [[Links](#)]
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10, 707-717. [[Links](#)]
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-57. [[Links](#)]
- Sher, L. (2006). Alcoholism and suicidal behavior: A clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 13-22. [[Links](#)]
- Silveira, A. D. X., & Jorge, M. R. (1999). Co-morbidade psiquiátrica em dependentes de substâncias psicoativas: resultados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 145-151. [[Links](#)]
- Simao, M. O. (2004). Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. *Caderno de Saúde Pública*, 20, 23-25. [[Links](#)]
- Soares, F. N. (2003). *Prevalência de tentativas e ideação suicida em pessoas com transtornos mentais graves na cidade de São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo. [[Links](#)]
- Sperb, I. W., & Werlang, B. S. G. (2002). Suicídio em uma população rural e urbana de pequeno porte. *Boletim de Psicologia*, 52, 159-182. [[Links](#)]
- Steadman, H. J., Mulvey, E. P., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P. S., Grisso, T., Roth, L. H., & Silver, E. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatients facilities and by others in the same neighborhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401. [[Links](#)]
- Storr, C. L., Accornero, V. H., & Crum, R. M. (2007). Profiles of disruptive behavior: Association with recent drug consumption among adolescents. *Addictive Behavior*, 32, 248-364. [[Links](#)]
- Tavares, B. F., Béria, J. U., & Lima, M. S. (2004). Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. *Revista de Saúde Pública*, 38, 787-796. [[Links](#)]
- Tucci, A. M. (2005). *Fatores associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas: história de abuso e negligência na infância, história familiar e co-morbidades psiquiátricas*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo. [[Links](#)]

United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention - UNODCCP (2006). *World Drug Report 2006*. New York: United Nations Publication. [[Links](#)]

Vasconcelos, S. M. M., Macedo, D. S., Lima, I. S. P., Sousa, F. C. F., Fonteles, M. M. F., & Viana, G. S. B. (2001). Cocaetileno: um metabólito da associação cocaína e etanol. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28, 207-210. [[Links](#)]

Watkins, T. R., Lewellen, A., & Barret, M. (2001). Issues and problems with dual diagnosis. Em T. R. Walkins, A. Lewellen & M. C. Barrett (Eds.). *Dual Diagnosis: An integrated approach to treatment* (pp. 11-24). Thousand Oaks: Sage publications. [[Links](#)]

Zaleski, M., Laranjeira, R. R., Marques, A. C. P. R., Ratto, L., Romano, M., Alves, H. N. P., Soares, M. B. M., Abelardino, V., Kessler, F., Brasiliano, S., Nicastri, S., Hochgraf, P. B., Gigliotti, A. P., & Lemos, T. (2006). Diretrizes da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) para o diagnóstico e tratamento de comorbidades psiquiátricas e dependência de álcool e outras substâncias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28, 142-148. [[Links](#)]

Crack

O que é?

O crack é uma mistura de cloridrato de cocaína (cocaína em pó), bicarbonato de sódio ou amônia e água destilada, que resulta em pequeninos grãos, fumados em cachimbos (improvisados ou não). É mais barato que a cocaína mas, como seu efeito dura muito pouco, acaba sendo usado em maiores quantidades, o que torna o vício muito caro, pois seu consumo passa a ser maior.

Estimulante seis vezes mais potente que a cocaína, o crack provoca dependência física e leva à morte por sua acção fulminante sobre o sistema nervoso central e cardíaco.

Quais são as reacções do crack? O que ele provoca no organismo?

O crack leva 15 segundos para chegar ao cérebro e já começa a produzir seus efeitos: forte aceleração dos batimentos cardíacos, aumento da pressão arterial, dilatação das pupilas, suor intenso, tremor muscular e excitação acentuada, sensações de aparente bem-estar, aumento da capacidade física e mental, indiferença à dor e ao cansaço. Mas, se os prazeres físicos e psíquicos chegam rápido com uma pedra de crack, os sintomas da síndrome de abstinência também não demoram a chegar. Em 15 minutos, surge de novo a necessidade de inalar a fumaça de outra pedra, caso contrário chegarão inevitavelmente o desgaste físico, a prostração e a depressão profunda.

Estudiosos como o farmacologista Dr. F. Varella de Carvalho asseguram que "todo usuário de crack é um candidato à morte", porque ele pode provocar lesões cerebrais irreversíveis por causa de sua concentração no sistema nervoso central.

O crack é uma droga mais forte que as outras?

Sim, as pessoas que o experimentam sentem uma compulsão (desejo incontrolável) de usá-lo de novo, estabelecendo rapidamente uma dependência física, pois querem manter o organismo em ritmo acelerado. As estatísticas do Denarc (Departamento Estadual de Investigação sobre Narcóticos) indicam que, em Janeiro de 1992, dos 41 usuários que procuraram ajuda no Denarc, 10% usavam crack e, em Fevereiro desse mesmo ano, dos 147 usuários, já eram 20%. Esses usuários, em sua maioria, têm entre 15 e 25 anos de idade e vêm tanto de bairros pobres da periferia como de ricas mansões de bairros nobres. Como o crack é uma das drogas de mais altos poderes viciantes, a pessoa, só de experimentar, pode tornar-se um viciado. Ele não é, porém, das primeiras drogas que alguém experimenta. De um modo geral, o seu usuário já usa outras, principalmente cocaína, e passa a utilizar o crack por curiosidade, para sentir efeitos mais fortes, ou ainda por falta de dinheiro, já que ele é bem mais barato por grama do que a cocaína. Todavia, como o efeito do crack passa muito depressa, e o sofrimento por sua ausência no corpo vem em 15 minutos, o usuário usa-o em maior quantidade, fazendo gastos ainda maiores do que já vinha fazendo. Para conseguir, então, sustentar esse vício, as pessoas começam a usar qualquer método para comprá-lo. Submetidas às pressões do traficante e do próprio vício, já não dispõem de tempo para ganhar dinheiro honestamente; partem, portanto, para a ilegalidade: tráfico de drogas, aliciamento de novas pessoas para a droga, roubos, assaltos, etc.

O uso do crack: trajetórias de usuários de drogas de um CAPSad.

Apresentação Oral em GT

Autor(es): Janaína Turcato Zanchin

O USO DO CRACK: TRAJETÓRIAS DE USUÁRIOS DE DROGAS DE UM CAPSAD.

Janaína Turcato Zanchin- Psicóloga, Mestranda do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina.

1. Introdução

A discussão sobre o uso de drogas ganhou lugar na mídia nacional ao abordar a o uso de crack. Os levantamentos epidemiológicos não trazem dados a respeito do uso da droga de 2007 até agora, mas os serviços já recebem os usuários de crack em número mais elevado que no período anterior. É no alto índice de atendimentos de usuários de crack no percurso da Residência Integrada em Saúde (RIS), realizando atendimentos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) que surge a abertura para este estudo. No serviço, cresceu o número de usuários que buscam auxílio por dificuldade em lidar com o uso de crack mas, diferente do divulgado na mídia, que diz que “O índice de recuperação de pacientes de crack é zero. É preciso fazer algo para que não ocorra o uso da droga, porque, depois que acontece, conseguir algum resultado é muito, muito difícil.” (MELO & ROCHA, 2008), no CAPSad se acumulam resultados de redução, substituição e mesmo interrupção do uso. O questionamento para esta pesquisa surge do hiato entre estas visões: que fatores interferem para que o crackeiro busque o serviço de saúde? E, para pensar sobre o que leva os sujeitos a terem como droga de escolha o crack, quais são os caminhos desses sujeitos até essa droga?

2. Fundamentação Teórica

2.1. As políticas públicas sobre drogas no Brasil

Para entender a rede de serviços de saúde destinados a usuários de drogas, é necessário retomar como esse tema é abordado pelas políticas brasileiras. As regulações do Estado brasileiro sobre drogas são extremamente recentes. A primeira lei que trata do tema é de 1938, o Decreto-Lei de Fiscalização de Entorpecentes nº891/1938, que foi incorporado ao Código Penal de 1941. Segundo Garcia, Leal e Abreu (2008), já nestes primeiros documentos o usuário é criminalizado. As ações eram desenvolvidas essencialmente por instituições religiosas, colocando-se o Estado à margem destas questões. O Estado incorpora essas ações religiosas, baseadas na concepção de temperança e segue baseando-se na idéia do usuário de drogas vinculado ao crime, o que dificulta seu acesso aos serviços ofertados e os mantém a margem (GARCIA, LEAL & ABREU, 2008). Essa forma de encarar o tema drogas segue ao longo da história e culmina, nos anos 1990, com a criação da SENAD – Secretaria Nacional Anti-Drogas, que irá coordenar a Política Nacional Antidrogas (elaborada em 2002). Se a discussão sobre a temática é recente, a saída da 'luta contra as drogas' para uma visão que tenha como foco o usuário enquanto um cidadão, passa a ser debatida oficialmente apenas em 2004, nos fóruns estaduais e no Fórum Nacional Sobre Drogas (BRASIL, 2006). A discussão culmina na mudança da nomenclatura da SENAD, passando a ser a Secretaria Nacional sobre Drogas em 2008, traduzindo uma mudança na perspectiva de trabalho com os sujeitos que usam drogas. As políticas públicas brasileiras que abordam a questão das drogas, contudo, já se dividiam em três estratégias: a de redução da oferta, a de redução da demanda e a de redução de danos (BRASIL, 2001). As políticas de redução de oferta estão ligadas à Segurança e Justiça e buscam a destruição das drogas, à repressão da produção, ao combate do tráfico de drogas e do controle da produção e comércio dessas. As políticas de redução da demanda visam escassear o consumo e desestimular a busca por drogas e vinculam-se a questões de Educação, Saúde, Cultura e Assistência Social, entre outros. A estratégia de redução de danos está no âmbito das políticas de saúde e se caracteriza por buscar abrandar as consequências prejudiciais ao sujeito que faz uso de drogas. Historicamente, a redução de danos estava ligada à prevenção ao contágio do HIV pelo uso de drogas injetáveis, bem como à disseminação de hepatites. O pilar em que a redução de danos se fundamenta é o da liberdade de escolha dos sujeitos, já que estes podem optar por não deixar de fazer uso das substâncias, mas, ainda assim, a qualidade de vida desses sujeitos pode ser ampliada (conforme previsto pelo SUS, através da lei orgânica nº 8.080, de 1990, que tem como um de seus pilares o princípio da Universalidade do Acesso ao Sistema).

A redução de danos é um dos eixos norteadores da Política do Ministério da Saúde (MS) para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2004a). Para esta política, é preciso buscar a

estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL: 2004a, p. 6)

Santos e Costa-Rosa (2007) apontam dificuldades na implementação da redução de danos como diretriz na atenção a usuários de álcool e outras drogas. Segundo os autores,

as políticas de saúde podem estar tentando se deslocar do discurso da abstinência, mas ainda reiteram o abandono da droga como ato prévio. Os dispositivos funcionam segundo o discurso médico, priorizando a abstinência, sem a preocupação de "modular" o gozo para que o sujeito fique aberto a outras formas de abordagem que não a medicamentosa. (SANTOS & COSTA-ROSA: 2007, s/p)

Os mesmos autores referem que a atenção a esses usuários deve ser, no mínimo, interdisciplinar e, em nível ideal, intersetorial (ampliando a atenção para além da rede de saúde, buscando interface com a

assistência social, a previdência, a educação e outros). Essa posição é convergente com a discussão de Ballani e Oliveira (2007), que reforçam a necessidade de ação intersetorial e que a forma de intervenção atual das políticas públicas (sem interface na atuação das diversas áreas) é deficiente. Conforme as autoras,

a interface entre políticas de educação, segurança pública, assistência social, economia e saúde, inadequadas e deficientes, parecem determinar a ocorrência do uso de drogas de abuso nos casos investigados. Entretanto, a ausência de suporte social para a melhora das condições de vida do jovem usuário e suas famílias – suporte social aqui entendido como emprego, estabilidade do núcleo familiar e disponibilidade de rede de tratamento adequado – e a deficiência no acesso e vínculo aos serviços de saúde, pouco acessíveis àquelas pessoas que mais necessitam, agravam essa situação. (BALLANI & OLIVEIRA: 2007, s/p)

Aliados a estes se encontra a Organização Mundial da Saúde, que, através do Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (2002), expõe a dificuldade para contextualizar as políticas de saúde mental dentro de um plano maior de governo que deveria identificar as realidades locais para pensar em estratégias de intervenção, tanto no campo da reabilitação e do tratamento, quanto no campo da prevenção e educação. Para isso, sugere novamente a importância do trabalho intersetorial. Após essas colocações, retoma-se a Política do MS para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2004a), que visa trabalhar a partir da transversalização dos saberes para então constituir novos olhares sobre a problemática e, então, pensar em novas estratégias de intervenção. Essas, conforme as diretrizes daquela Política, devem ser pautadas pela intersetorialidade, atenção integral e comunitária, além da prevenção do uso de drogas. Mais recentemente, em função da alteração do quadro epidemiológico em relação ao uso de drogas, o MS lançou a Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009, que institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD-SUS) (BRASIL, 2009). Como uma das ações previstas pelo PEAD-SUS, o MS abriu seleção para projetos de “Consultórios de Rua e Redução de Danos”, buscando trabalhar com usuários que não conseguem chegar aos serviços, trabalhando com a promoção de saúde in loco.

2.2. O perfil dos usuários de crack: uma breve revisão

Infere-se que o perfil do usuário de crack no Brasil mudou rapidamente nos primeiros anos do século XXI. Os estudos de Sanchez e Nappo (2002) caracterizam o usuário como: homens com idade média de 32 anos, de baixa escolaridade (apenas 22% com ensino médio completo ou maior escolaridade), desempregados e/ou sem vínculo formal de trabalho (apenas 6% com emprego formal) e a maioria tendo relacionamento fixo com companheira (42%). Já os dados apresentados por Oliveira e Nappo (2008), seis anos após o estudo anterior, mostram que são 74% de homens e 26% de mulheres, maioria com idade entre 25-35 anos (42%), com prevalência de solteiros (39%) e separados (37%), de escolaridade elevada (40% com ensino médio completo ou maior), e com trabalho fixo (47%). É interessante apontar que, conforme os trabalhos de Sanchez & Nappo (2002) e Oliveira & Nappo (2008) existe possibilidade de uso controlado da droga, e que há também ex-usuários da droga. As pesquisas apontam para uma seqüência no consumo de drogas, sendo o início por drogas lícitas (álcool e tabaco), passando então para as ilícitas (primeiramente maconha, cocaína aspirada e, por fim, o crack). Conforme levantamento ampliado realizado por Dualibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), que revisou a literatura brasileira que abordava uso de crack e cocaína, ainda aparecem poucos usuários destas drogas (2,3%), apresentando prevalência nas regiões sul e sudeste do país. Não há, contudo, levantamento epidemiológico recente que possa apontar novas estimativas de uso (os dados utilizados nessa pesquisa são de 2004) e do perfil desses novos usuários.

3. Metodologia

Este trabalho foi desenvolvido numa perspectiva metodológica qualitativa. Essa abordagem metodológica foi escolhida pois busca descrever, compreender e explicar o fenômeno pesquisado. Conforme apontam Minayo e Sanches,

a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles), e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de um porta-voz (o

entrevistado), representações de grupos determinados em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO & SANCHES, 1993, s/p).

O levantamento dos dados foi realizado no CAPSad do GHC e participaram da pesquisa quatro usuários do serviço que apresentavam histórico de uso de crack, que não tivessem retardo mental grave e que tivessem, ao menos, três meses de vínculo com o serviço. Os participantes foram selecionados através de sorteio por faixas etárias. Foram entrevistados 4 sujeitos: duas mulheres (faixas de 42 a 46 anos e de 34 a 38 anos) e dois homens (faixas de 38 a 42 anos e de 26 a 30 anos). É importante ressaltar a dificuldade na coleta de dados. Muitas vezes os usuários que eram contatados não respondiam ou não compareciam às marcações. Eram previstas outras três entrevistas em que nenhum dos sorteados respondeu aos contatos. Destaca-se que três das quatro entrevistas realizadas foram com usuários que tem longa permanência no serviço e bom vínculo com o mesmo. Vasconcelos & cols (2005), trata da dificuldade de realizar o projeto, por ser difícil para os sujeitos falar de seu sofrimento mental e assumirem, publicamente, que apresentam problemas mentais.

3.1. Instrumentos:

Para abordar o percurso dos sujeitos, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, individuais e anônimas com os usuários do CAPSad GHC, visando a construção de narrativas desses sujeitos, da sua história com as drogas e com os tratamentos. As entrevistas foram áudio-gravadas e, posteriormente, transcritas.

Para a pesquisa qualitativa, a narrativa tem potencial por ser uma forma artesanal de comunicação, na qual se imprime a marca do narrador como se marca a mão do oleiro no vaso por ele produzido (BENJAMIN, 1994). Portanto, recuperar as narrativas dos usuários dos serviços de saúde mental significa também construir alternativas para a atenção nessa área.

3.2. Procedimentos:

A análise das entrevistas se deu através da análise de conteúdo (BARDIN, 1997), com uma leitura inicial compreensiva, abrangendo os aspectos globais e específicos de cada entrevista. As categorias de análise foram elaboradas a partir de uma leitura flutuante, emergindo deste contato com as narrativas. Esta forma de análise “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamento analógicos” (BARDIN, 1997, p. 153). Ainda conforme Bardin, a análise de conteúdo é

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens (BARDIN, 1997, p.42)

A análise de conteúdo, por trabalhar com as palavras, permite produzir inferência do conteúdo da comunicação e pensá-lo em seu contexto social. O texto é visto como uma forma de expressão dos sujeitos, em que o analista busca categorizar unidades no texto (separando trechos, frases) que se referem a um mesmo tema, dando-lhes uma expressão que as representem. O presente trabalho foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição/GHC em 2008 e aprovado, por estar em conformidade com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

4. Resultados

As entrevistas com os usuários do CAPSad foram abordadas a partir da análise de conteúdo (BARDIN, 1997) e surgiram dessa análise dez categorias, conforme a descrição que segue:

- Drogas: nesta categoria foram colocadas em análise as falas dos sujeitos que tratavam da sua relação direta com as drogas.
- CAPS: neste item foram incluídas a descrição da caminhada do usuário até o serviço CAPSad e também as falas que tratavam da relação do usuário com o serviço.
- Família: ao falar de suas histórias, a família foi um dos itens mais presentes.

- Trabalho e Estudos: um percurso importante na vida dos usuários diz respeito a sua história de trabalho e também de escolarização.
 - Prisão: em muitos momentos, os usuários relatam que se sentem prisioneiros de algumas situações que ocorreram e ainda ocorrem em suas vidas. Percebeu-se como importante para os sujeitos entrevistados a idéia de 'estar aprisionado', entendendo-se assim como uma das categorias a serem analisadas.
 - Perdas: as histórias de vida dos usuários, de forma geral, envolvem muitas perdas em seu percurso (perdas que nem sempre são associadas exclusivamente ao uso de drogas).
 - Ilegalidade (crime/tráfico/prostituição): foram incluídas nessa categoria situações em que os entrevistados se envolveram em práticas marginais, como a criminalidade, a prostituição e o tráfico de drogas.
 - Doenças psiquiátricas e suas crises: para alguns dos entrevistados (três dos quatro sujeitos), foram marcantes os momentos em que as crises psiquiátricas advieram em suas vidas. Neste sentido, abordaram ao longo das entrevistas não somente as crises, mas também a convivência com a doença em sua rotina diária.
 - Outros tratamentos: esta categoria fala dos tratamentos, que não o CAPS, buscados pelo usuário para alterar o seu padrão de uso de drogas e também para as doenças psiquiátricas.
 - Outros apoios: alguns sujeitos relatam que não apenas os tratamentos de saúde os auxiliam na mudança de padrão de uso de drogas.
- Para realizar a discussão e análise das falas dos sujeitos, as categorias serão agrupadas em três eixos: a relação dos sujeitos com a droga, os fatores de risco e de proteção presentes nas histórias de vida desses sujeitos e a relação estabelecida com os serviços de saúde.

4.1. Relação dos sujeitos com as drogas:

Todos os entrevistados falam que seu uso de drogas iniciou com drogas lícitas, muitas vezes ainda na infância e no contexto familiar, percebendo-se uma progressão para o uso de drogas ilícitas. Dentre as drogas ilícitas, não houve como estimar início por alguma substância específica.

Meus irmãos faziam caipirinha e eu tomava caipirinha junto, né. Pai acha bonito, mãe acha bonito, todo mundo acha bonito tomar uns golinho e eu tomava uns golão. (Alice Dellal)

Dos quatro entrevistados, três referem o desejo de interromper o uso de todas as drogas que fazem uso e um deles refere dificuldade em lidar apenas com o uso compulsivo do crack. Aparece, ainda, a possibilidade de realizar um uso controlado da droga. Sobre o desejo de interromper o uso, contudo, parece contraditório à relação 'boa' que desenvolvem com o uso de drogas.

Se eu disser que a droga é ruim é mentira. A droga é boa. [...] O meu corpo, ele é diferente, às vezes eu necessitava disso, porque eu preciso, eu precisava, que nem um remédio tá, eu precisava dela que nem um remédio. [...] Não tinha remédio pro tipo de doença que eu tinha. (Raul Seixas)

Agora eu to tipo assim, de 15 em 15 dias dá assim um lapso sabe. Aí eu vou e fumo uma ou duas e deu. (Cássia Eller)

Porque tu fuma ela, não dá dois minutos ela te dá uma dor no coração de tu ter feito a porcaria que tu fez pra poder fumar ela. Aí tu tem que fumar mais pra passar a dor. Sabe, não tem lógica. (Alice Dellal)

A relação com a droga amplia dificuldades presentes na vida do sujeito prévias ao seu uso/dependência. Além disso, as relações com situações marginais se ampliam, aumentando os riscos a que os sujeitos estão submetidos. Essa questão será retomada adiante, na discussão das políticas públicas sobre drogas.

É mais um tipo de uma auto-destruição pra mim, que eu tenho o costume de fazer. (Alice Dellal)

Nessa época eu realmente, eu vendia, pra poder sustentar o meu vício, entendeu. Daí eu vendia e, no caso, o lucro era o que eu usava. (Cássia Eller)

4.2. Fatores de risco e fatores de proteção:

Nos relatos de suas histórias de vida, percebem-se diferentes momentos em que os sujeitos falam de situações de maior vulnerabilidade ou de condições que os protegeram. As narrativas demonstram que a família pode ser, ao mesmo tempo, fator de risco e também de proteção. Aparecem, como momentos de possíveis mudanças, os períodos da primeira infância, o casamento e nascimento dos filhos.

A gente foi se conhecendo melhor e tudo e fomos, como é que eu posso te dizer, tipo, entremo num acordo assim, da gente mudar de vida. Nós dois juntos. [...] Ai nasceu a minha filha, em 2007. E aí foi uma força muito grande pra mim também. (Maradona)

O meu marido me batia, aí ele fumava maconha e, às vezes, ele me batia. (Alice Dellal)

Meu pai bebia e chegava assim, ele é bem baixinho assim sabe, e aí chegava, batia nela (a mãe), batia em nós tudo e ela não fazia nada por causa da religião dela. (Maradona)

A mãe é meu porto seguro sabe. (Cássia Eller).

A constituição de relações de estudo e trabalho configuraram como situações que puderam ampliar a possibilidade de vida desses sujeitos, aparecendo como fator de proteção para os entrevistados. A religiosidade e os grupos de auto-ajuda também são declarados como pontos importantes de suporte.

A única coisa que eu sabia é que eu tinha que ser importante em alguma coisa, então eu ia ser importante na escola. (Alice Dellal)

Tava lá escrito: parabéns Maradona, você foi selecionado para a vaga de apontador de produção. E eu bah, fiquei super feliz, aí meu salário já dobrou. (Maradona)

Eu uso muito a doutrina espiritual pra me manter vivo, em relação a minha religião. (Raul Seixas)

Cheguei a ir em AA, no hospital tem AA, nas fazendas tu faz o regime de AA também, tu usa os 7 passos e eu tb cheguei a ir em AA, gosto muito de AA. (Alice Dellal)

Houve também co-relação das dificuldades enfrentadas pelos sujeitos com a presença de transtornos psiquiátricos. As relações com a doença psiquiátrica e com as crises por ela disparadas foram temas muito presentes em três das quatro entrevistas realizadas e tratavam da dificuldade que estas situações traziam para que os sujeitos pudessem dar conta de suas vidas.

Eu entrei em psicose. Eu entrei em psicose, eu fiquei... eu tava me auto-destruindo. O meu eu tava me destruindo. (Raul Seixas)

Porque essa doença me transporta pra um outro mundo assim sabe, eu não precisava de droga nenhuma, fico mais chapada do que se tivesse... me leva pro outro mundo. (Cássia Eller)

4.3. Relação com os serviços de saúde:

Os entrevistados referem a dificuldade de encontrar locais onde consigam realizar tratamento de forma humanizada. Relatam ainda, que o CAPSad do GHC é um serviço onde é possível fazer seu tratamento com autonomia.

O CAPS é fundamental, eu não conseguia parar ... parar de usar.o CAPS conseguiu fazer eu parar. É meu porto seguro. (Alice Dellal)

No CAPS eles não fazem nada sozinho né. Se tu quer, tu consegue. (Alice Dellal)

Sobre as internações, surge a dificuldade em estabelecer boas relações no atendimento e os relatos indicam que muitas vezes internar não faz sentido como um tratamento. As internações em que há concordância dos usuários, contudo, parecem ser mais aproveitadas por eles. Além das internações, três entrevistados apontam que as instituições prisionais lhes colocaram em situação de vulnerabilidade, sendo porta de entrada para o uso de drogas.

O crack entrou quando eu fui presa, que daí eu comecei a fumar. (Cássia Eller)

Nos outros hospitais o médico escreve com a cabeça pra baixo e não olha pra cara do paciente. Dá uma raiva sabe, tu para e pensa, como é que vai mudar se não conversam contigo? (Alice Dellal)

Na Clínica, pagando o olho da cara, porque lá é particular né. Eu sei que em 15 dias, 14 dias que eu fiquei lá ela (mãe) pagou quatro mil e pouco. E nem assim, não resolveu nada, porque eu continuei na droga né? (Cássia Eller)

Percebe-se grande dificuldade de acesso aos serviços, como no caso das comunidades terapêuticas e também uma falta de conhecimento da rede de atenção para usuários de álcool e outras drogas, numa dificuldade para encontrar alternativas de atendimento aos sujeitos.

Eu tava procurando vários tratamentos, naquela época tava tudo muito fechado.... não tinha o crack ainda naquela época, era a cocaína, e era tudo muito fechado, era tudo em internações. (Alice Dellal)

Cheguei a procurar a fazenda, mas é muito caro. E ninguém sabe me informar. [...] Eles só falam na televisão 'ah, é a droga (o crack) mais difícil de largar, não sei o quê'. Mas não fazem nada pra ajudar, ficam vendo as pessoas aí na rua, mendigando, atirado. (Cássia Eller)

Era tudo muito fechado, era tudo em internações. Eu queria um outro tratamento, não queria internar. (Alice Dellal)

A relação com o CAPS é identificada como fator de proteção. Ainda assim, há dificuldades no tratamento desses sujeitos. A possibilidade de sustentar seu próprio tratamento, contudo, aparece como algo fundamental para que alguma mudança ocorra e o CAPS parece ocupar esse lugar para os entrevistados. Essa sustentação surge ao longo do tratamento, sendo possível pelo vínculo que os sujeitos criam com o serviço e com os profissionais que nele trabalham.

No CAPS eles não fazem nada sozinho né. Se tu quer, tu consegue. Agora, se tu vai no CAPS pra matar tempo, não vai. Mas se tu quiser, tu consegue. Ele tá bem organizado, tem bastante profissional com vontade de ajudar, sabe, vale a pena ir num grupo. (Alice Dellal)

Aqui no CAPS eu venho pedir alguma ajuda. Se eu não tivesse aqui hoje eu não taria falando contigo. Taria fazendo alguma coisa totalmente contraditória ao que foi investido. (Raul Seixas)

É diferente de tu conversar com a tua mulher. A Terapeuta Ocupacional é uma profissional. E ela te escuta tudo, eu acho importante isso daí. Tipo assim, tem alguém a mais te dando atenção, de olho, torcendo pra que tu não faça mais. (Maradona)

5. Discussões

A pesquisa abordou ostensivamente as histórias de vida dos usuários que concordaram em colaborar com o trabalho. À análise desses dados escapam muitas situações apresentadas que tratam da singularidade de cada entrevistado. Contudo, o trabalho visou abordar questões que pudessem ser compartilhadas e são essas que aqui serão debatidas. A relação que o sujeito estabelece com as drogas demonstrou estar de acordo com as pesquisas que já realizadas: confirmou-se a escalada das drogas lícitas para as ilícitas (SANCHEZ & NAPPO, 2002), um incremento das situações de risco a que os sujeitos se expõe por se envolverem com drogas, especialmente no caso de drogas ilícitas (LANCETTI, 2008). Em relação ao uso do crack, há o relato de envolvimento com o crime organizado e a prostituição como alternativas para manter o uso da droga, como já relatado pelo Grupo de Estudos sobre Redução de Danos, do Centro de Referência em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2003). Essas situações ocorrem com outras drogas e se intensificam quando o usuário tem como droga de escolha o crack que, por ter efeito de curta duração (no máximo 15 minutos), necessita fazer uso novamente da substância para que seus efeitos perdurem e, para isso, precisa de um capital maior para comprar e manter o efeito da droga por um determinado tempo. Contudo, o envolvimento com essas

situações já estava presente anteriormente na vida desses sujeitos, apenas intensificando-se com o consumo do crack. Segundo Weingardt e Marlatt (1999), é preciso ser cauteloso ao enunciar que são as drogas que causam o incremento da criminalidade, já que muitas das causas da violência estão ligadas não ao efeito gerado pelo uso de substâncias, mas sim por se tratar do comércio ilegal de drogas ilícitas, que é um mercado altamente lucrativo. Os autores ainda apontam que a política norte-americana de 'guerra às drogas' aumenta a violência e todos os custos sociais associados, como a dificuldade de acesso ao tratamento, por tornar o usuário de drogas um sujeito à margem dos direitos de cidadão. Os fatores de risco relatados pelos sujeitos – situações familiares, as crises desenvolvimentais e os transtornos psiquiátricos – e os de proteção – novamente as relações familiares, o trabalho e os estudos, a religião e os grupos de mútua ajuda – não evidenciaram diferenças significativas dos encontrados em usuários de outras drogas (SANCHEZ & NAPPO, 2002; SANTOS & COSTA-ROSA, 2007; BRASIL, 2006). Como estes dois eixos não apresentaram diferenças significativas em relação aos usuários das demais drogas, é fundamental questionar: qual é então a dificuldade que se apresenta em relação ao atendimento dos usuários de crack? Este desencontro abre a discussão das políticas públicas voltadas ao atendimento desta população. Segundo pesquisas conduzidas por Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), os levantamentos realizados a respeito do consumo de crack no país ainda são precários porém os dados já produzidos são suficientes para repensarmos as políticas públicas brasileiras. Percebeu-se dificuldade em encontrar locais que tenham condições de fazer um tratamento humanizado e que sejam acessíveis. Mesmo o CAPSad não era conhecido pelos sujeitos, lhes sendo indicado quando buscavam outra forma de tratamento ou recomendado pelo profissional da atenção básica. Segundo Conte (1994), a dificuldade em ofertar tratamento apropriado se dá porque os serviços, de forma geral, apresentam uma direção de cura antes mesmo do sujeito chegar até eles, que é a abstinência. Esta concepção, no entanto, se dirige ao oposto do que preconiza a Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (2004), que coloca como diretriz de trabalho a redução de danos. Trabalhar na perspectiva de redução de danos, contudo, não é opor-se a abstinência, mas é buscar construir com os sujeitos os objetivos a traçar para seu tratamento e para sua vida de forma mais ampla. Domiciano Siqueira, em entrevista concedida a Antonio Lancetti (2008) diz que “a proposta de abstinência é uma proposta que valoriza a possibilidade eminente de fracasso e a redução de danos valoriza a possibilidade de vitória” (LANCETTI, 2008, p. 67). Sobre a discussão de ampliação da vida, as internações e tratamentos compulsórios não foram consideradas como possibilidades de alterar a relação do sujeito com a droga. Os relatos falam de fugas das internações e interrupção de tratamentos para voltar a fazer uso da droga. Os entrevistados declararam-se em um outro momento de suas vidas, em que conseguem ir em busca de um tratamento, mas em suas falas surge um questionamento importante: o que se faz com as pessoas que não acessam os serviços? Para essa questão há algumas possíveis respostas. Uma delas é a falta de informação sobre os serviços existentes, já discutido anteriormente. Outra forma de responder esta pergunta é pensar que algumas pessoas não conseguem acessar os serviços públicos. Ainda na entrevista concedida a Lancetti (2008), Siqueira diz que

O posto de saúde está ali perto, mas não serve para eles e, muitas vezes, não só por causa de preconceito dos técnicos de saúde; é porque o próprio sistema de horário de funcionamento não combina com o horário em que eles buscam o atendimento. Então, eles simplesmente sabem que aquilo não é para eles [...] não dá para se sujeitar bem a essas coisas numa vila e numa favela, porque lá você tem que se sujeitar a outros critérios, muitas vezes, critérios impostos pelo tráfico de drogas, pelo crime organizado, e você não pode dizer não para isso, porque se não você vai ficar falando sozinho. (LANCETTI, 2008, p. 56-57)

Surge a necessidade de retomar o trabalho com equipes de redutores de danos que trabalhem nos bairros e vilas, que consigam acessar essa parcela da população. O Grupo de Estudos sobre Redução de Danos, conforme citado anteriormente, em seu relatório do ano de 2003 já apontava, entretanto, que era preciso repensar as estratégias para abordagem de redução de danos para usuários de crack. Indicavam algumas estratégias de aproximação e vínculo com os usuários como fundamentais para possibilitar o trabalho. Conforme o relatório (2003), “em muitos momentos a escuta é mais necessária do que a informação” (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, 2003, p. 5). Além das abordagens de campo com a diretriz de redução de danos, é preciso pensar na implementação dos CAPSad partindo desta mesma lógica. Os entrevistados apontam que, em seu tratamento no serviço aberto, o vínculo com os profissionais é fator determinante para a eficácia das terapêuticas. Por se

considerarem esta uma relação saudável, o CAPS surge como um fator protetivo para esses sujeitos. Não obstante, é preciso estar atento para armadilhas próprias do funcionamento da do sujeito que está dependente pois, como nos aponta Conte (1994), “não raro, [os toxicômanos] contraem uma dívida impagável com profissionais ou instituições, as quais se introduzem ortopedicamente em seu cotidiano criando assim uma nova e eterna dependência.” (CONTE, 1994, p.4). É fundamental compreender que o serviço e o profissional não podem trabalhar nesse sentido, pois os CAPS devem construir a autonomia dos sujeitos, trabalhando intersetorialmente para proporcionar sua reinserção social (BRASIL, 2004b). É nesta perspectiva que a modalidade de atenção em CAPS se encontra com a redução de danos e que tem potencial transformador da realidade. Diante dos dados apresentados por este trabalho e das análises possíveis, não se pode inferir a falta de políticas públicas que dêem conta da questão, como afirmam Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), mas há uma dificuldade na implementação de serviços e programas que trabalhem com a diretriz de redução de danos. O Brasil não conta ainda com o número suficiente de serviços, tendo grande parte de sua população descoberta de qualquer serviço especializado. Além dos CAPSad, raros são os municípios que contam com o trabalho de redutores de danos em campo e, quando existe esse trabalho, muitas vezes esse é insuficiente e nem sempre adequado as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (2004). A construção e execução do PEAD-SUS (BRASIL, 2009) é de extrema importância, na busca por incentivar a implementação de estratégias que alcancem esses sujeitos que não se conhece, aos quais nenhum serviço acessa, mas que enfrentam dificuldades e que podem se beneficiar de outras formas de abordagem.

Sugerem-se novas pesquisas na área, que possam apontar mais claramente os percentuais de usuários de drogas, com novos levantamentos epidemiológicos. Além destas pesquisas, é preciso continuar a pensar a relação da produção científica e das políticas com a forma de funcionamento dos serviços, para avaliar como está a implementação das políticas públicas para atenção à usuários de álcool e outras drogas.

Referências

- BALLANI, T. S. L.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. Texto contexto – enfermagem, Florianópolis, v. 16, n. 3, 2007. Disponível em: . Acesso em: 24 out. 2009.
- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Editora 70, 1991.
- BENJAMIN, W. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: _____. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense, 1994, p. 197-221
- BRASIL, Ministério da Saúde & Coordenação Nacional DST e Aids. Manual de redução de danos. Brasília: DF, 2001.
- _____, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196. Brasília: DF, 1996.
- _____, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: DF, 2004.
- _____, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Brasília: DF, 2004.
- _____, Ministério da Saúde. Portaria nº1.190. Brasília: DF, 2009.
- _____, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Universidade Federal de São Paulo. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento/SUPERA. Brasília: DF, 2006.
- _____. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em . Acesso em: 12 out. 2009.
- CONTE, M. Algumas abordagens no campo das toxicomanias: uma violência à subjetividade. In: Jornadas Clínicas – A clínica psicanalítica hoje: a subversão do significante. Porto Alegre: APOA, 1994.
- DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 4, 2008. Disponível em: Acesso em: 2 nov. 2009.
- ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA, Centro de Referência em Redução de Danos, Grupo de Estudos sobre Redução de Danos. Relatório Anual. Porto Alegre, 2003.
- GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. Psicologia & Sociedade, Porto Alegre, v. 20, n. 2, 267-276, 2008.
- LANCETTI, A. Clínica Peripatética. São Paulo: Hucitec, 2008.

MELO, R. e ROCHA, P. A epidemia do crack. Zero Hora, Porto Alegre, 6 jun. 2008. Disponível em: Acesso em: 11 set. 2009.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 1993. Disponível em: . Acesso em: 17 out. 2009.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 4, 2008. Disponível em: . Acesso em: 2 nov. 2009.

Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2002. Disponível em: < www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf >. Acesso em: 12 out. 2009.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 36, n. 4, 2002. Disponível em: . Acesso em: 12 out. 2009.

SANTOS, C. E.; COSTA-ROSA, A. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 24, n. 4, 2007. Disponível em: . Acesso em: 17 out. 2009.

VASCONCELOS, E. M. (Org.) ; WEINGARTEN, R. (Org.) ; LEME, C. C. C. P. (Org.) ; NOVAES, P. R. (Org.). Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro: EncantArte Editora, 2005. 246 p.

WEINGARDT, K. R.; MARLATT, G. A. Redução de Danos e Políticas Públicas. In: MARLATT, G. A. (Org.). Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. (p. 245-265)

Crack o vício da destruição

[Ler próximo texto...](#)

Tema: [Saúde](#)



A bebida alcoólica e o cigarro ainda são as primeiras drogas conhecidas por crianças e adolescentes, seguidas de maconha, cocaína, e crack. Entretanto esse ciclo já é regra, cada vez mais a cocaína e o crack servem de porta de entrada nas drogas para os jovens. O primeiro contado acontece, na maioria das vezes, por volta dos 14 anos e sempre é entre amigos. Sempre o jovem tem necessidade e ansiedade de entrar em determinado grupo e acaba cedendo ao convite dos amigos, para não ficar mal visto, perante os outros como sendo o careta, e com isso é o começo para um túnel muito escuro e longo.

O crack é resultado de uma mistura de cocaína a outras substâncias, sua forma é por pedra que são fumadas em cachimbo, ele apresenta um alto poder de vício, pois sua ação é rápida assim como o efeito estimulante, levando seus consumidores a repetir a dose várias vezes em seguida, e o usuário tem utilizado também o chamado "petilho", que é a mistura do cigarro com as pedras de crack e o mesclado, que contem maconha e o derivado da cocaína.

Muitos pais se omitem na educação dos filhos que deve começar na infância ensinando sobre como cuidar da saúde e não usar droga e seus males, e efeitos. Os jovens quando estão se envolvendo com algo diferente do que aprenderam em casa, os filhos mudam de comportamento, é como se fosse um grito de socorro por mais cuidado e atenção. Os pais têm que sempre observar seus filhos, o primeiro contato com

os entorpecentes, é possível notar hábitos estranhos, como desinteresse pelas atividades cotidianas, agressividade excessiva e perda de peso, isso são sintomas de alerta.

Quando o jovem já este viciado o bom é recorrer para ajudá-lo e toda ajuda é bem vinda, existem os grupos de apoio, atendimento psicológico, acompanhamento de um médico e de uma equipe multidisciplinar faz a diferença na recuperação, em alguns casos podem ser tratados de forma ambulatorial, ou seja, o paciente vai ao hospital diariamente e retornam para casa, outros necessitam de internação. A clínica vai dar os limites que a família não deu, assim como noções de responsabilidade e o mais importante uma religião, pois uma pessoa que tem princípios religiosos dificilmente tende a cair nessa armadilha.

O que esta faltando em primeiro lugar em uma família é a religião, ou melhor, DEUS. O temor a DEUS hoje já não existe como antes. Antigamente nossos pais faziam-nos ir à igreja, e conhecer os dez mandamentos, não matar, não furtar e etc. nos ensinava a orar e ter um temor a DEUS. Já hoje os jovens não orar, não vai à igreja, não entende nada do que é DEUS, por isso é que o mundo está assim, com a violência, e com tantos jovens com ligado a droga, mais ainda a tempo de nos despertar e voltarmos aos nossos valores, para termos uma nova geração de paz.

Saber mais em: <http://www.ruadireita.com/saude/info/crack-o-vicio-da-destruicao/#ixzz2RCZN6aUE>

Follow us: [@ruadireita on Twitter](#) | [ruadireita on Facebook](#)

Os mortos vivos Colunista explica os mecanismos de ação do crack, droga que arruinou a vida de milhares de usuários

“Não tenho família. Uso crack há quinze anos. Há quinze anos estou morto...”
Essa frase, dita ao repórter Caco Barcellos por um homem de trinta e poucos anos, ex-trabalhador e que atualmente vaga sem rumo pelo centro de São Paulo juntamente com dezenas de outros viciados, resume em poucas palavras o impacto dessa droga sobre milhares de brasileiros. A presença insidiosa do crack em poucos anos se espalhou por quase todos os cantos do país e destruiu ou vem arruinando um grande número de vidas. Como chegamos a essa triste situação?

Duzentos milhões de pessoas – ou 5% da população mundial entre 15 e 64 anos – são usuários de drogas ilícitas, segundo um relatório de 2006 do Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crimes. Destes, cerca de 13 milhões são viciados em cocaína, um alcaloide retirado das folhas de coca (*Erythroxylon coca*), um arbusto andino utilizado há mais de um milênio por habitantes da região para aumentar a resistência ao frio, à fome e ao cansaço.



A cocaína foi primeiramente isolada das folhas de coca em 1855 pelo químico alemão Friedrich Gaedcke (1828-1890). Nos anos que se seguiram à sua extração, a substância passou a ser utilizada para o tratamento de diversas patologias e para uso recreacional. Talvez a aplicação mais celebrada desse alcaloide tenha sido criada pelo farmacêutico e veterano da Guerra Civil norte-americana John Pemberton (1831-1888): em 1885, ele patenteou um tônico cerebral cuja fórmula foi posteriormente alterada e deu origem à famosa Coca-Cola.

Arbusto de coca (*Erythroxylon coca*), cujas folhas são usadas por populações andinas para a elaboração de chás que aumentam a resistência ao frio, à fome e ao cansaço. Delas também se extrai a cocaína (foto: Drug Enforcement Administration / EUA).

Nos últimos anos do século 19, tornaram-se frequentes relatos que associavam o uso da cocaína com dependência, comportamento psicótico, convulsões e mortes. Por isso, bebidas que contivessem cocaína em sua formulação foram banidas da Europa e dos Estados Unidos por volta de 1915.

O consumo ilícito de cocaína não se mostrou relevante até o final da década de 1960, quando seu uso se tornou mais frequente, associado muitas vezes com a contracultura, movimento social que questionava os valores e comportamentos instituídos. Contudo, o custo elevado da cocaína, em comparação com alucinógenos como a maconha, restringiu a sua disseminação. Além disso, como a cocaína se decompõe em seu ponto de fusão (196°C), ela não pode ser fumada e deve ser consumida por inalação ou injetada por via intravenosa.

Surge o crack

A segunda metade dos anos 1980 marca uma reviravolta nessa história. A partir dessa época, o consumo de cocaína se elevou graças ao surgimento do crack (também conhecido como rock ou pedra), um derivado sintético criado a partir de alterações das características químicas do cloridrato de cocaína, a forma normalmente consumida dessa droga.

O crack possui um custo mais barato em relação a outras drogas. Uma pedra – dose suficiente para causar dependência em muitos consumidores – pode ser comprada em alguns lugares por apenas um real, embora o preço seja dezenas de vezes mais alto em pontos de venda para a classe média e alta. Além disso, o crack atrai muitos de seus usuários por causar efeitos bastante rápidos, obtidos alguns instantes após a inalação da droga através de cachimbos, muitas vezes improvisados.



Pedras de crack, obtidas a partir de alterações das características químicas da forma normalmente consumida da cocaína (foto: Drug Enforcement Administration / EUA).

Os efeitos da “viagem” do crack começam a se manifestar apenas 15 segundos após a primeira tragada, tempo necessário para que a droga alcance os pulmões e, dali, o cérebro. Contudo, esses efeitos são efêmeros e duram apenas cerca de 15 minutos. Para efeito de comparação, a cocaína consumida na forma endovenosa produz as primeiras reações em 3 a 5 minutos e seus efeitos se estendem por um período de 30 a 45 minutos.

Nesse ponto surge mais uma das armadilhas do crack: à medida que ele é consumido, a duração de seus efeitos torna-se ainda mais passageira. Dessa forma, é comum que os usuários voltem a utilizar a droga alguns minutos depois, podendo consumir em um só dia 15 ou mais pedras, ampliando assim os efeitos nocivos dessa droga. Além disso, os usuários rapidamente consomem seus recursos para obter o crack e podem se entregar à criminalidade para obter o dinheiro para conseguir mais drogas.

Ação no sistema nervoso

Como a cocaína, o crack é um poderoso estimulante do sistema nervoso central que causa uma elevação nos níveis de dopamina, um neurotransmissor associado com uma região cerebral conhecida como centro de recompensa. Normalmente a dopamina é liberada por neurônios em resposta a sensações prazerosas (como o cheiro da comida de nossas mães!) e reciclada quase imediatamente.

O crack e a cocaína impedem a reciclagem de dopamina que, assim, tem seus efeitos amplificados, o que causa uma sensação de grande prazer, euforia e poder. Além disso, o crack também provoca um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço e falta de apetite. Concomitantemente, após o uso intenso e repetitivo, o usuário de crack experimenta cansaço, intensa depressão e perda de peso.

O uso repetitivo de crack e cocaína pode afetar de forma prolongada o centro de recompensa e outras regiões cerebrais. A tolerância aos efeitos dessas drogas também pode se desenvolver, o que contribui para o consumo de doses cada vez maiores dessas substâncias.

Além disso, o consumo dessas drogas contrai vasos sanguíneos, causa dores musculares, dilata as pupilas e aumenta a temperatura corporal, o ritmo cardíaco e a pressão sanguínea, podendo causar ataques cardíacos e derrames. Cefaleia, complicações gastrointestinais, irritabilidade, reações violentas e efeitos psicológicos como paranoia e psicose também são observados.



Usuário improvisa cachimbo com lata de alumínio para fumar crack em Brasília (foto: Agência Brasil).

Milhões de reais

Do ponto de vista do traficante, o crack é, obviamente, um grande negócio, pois um quilo de cocaína – que custa em torno de 5 a 20 mil reais, segundo diferentes estimativas – pode ser convertido em dez mil porções de crack, que rendem cerca de 500 mil reais. Assim, o tráfico movimenta diariamente centenas de milhões de reais nas cidades brasileiras dos mais diversos tamanhos.

Obviamente, muita gente ganha dinheiro com o comércio do crack e verdadeiros milionários surgiram desde que essa droga apareceu no Brasil nos anos 1990. Todos ganham muito dinheiro: do traficante de pasta básica de coca a todos os envolvidos na rede de produção, distribuição e comercialização do produto final – as pedras de crack.

No lado oposto, vemos milhões de jovens e adultos com suas vidas destruídas, expostos à violência vagando – como o ex-trabalhador citado no início – como mortos vivos expostos à violência, à prostituição e à degradação. No meio desses dois grupos estão – pelo menos por enquanto – familiares desesperados, profissionais de saúde pública muitas vezes atordoados e, infelizmente, governantes ainda desinteressados... Até quando?

Jerry Carvalho Borges

Universidade Federal do Vale do São Francisco (Univasf)

07/08/2009

SUGESTÕES PARA LEITURA

Duailibi, L.B., Ribeiro, M., and Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saude Pública* 24 Suppl 4, s545-s557.

Compton,W.M., Thomas,Y.F., Conway,K.P., and Colliver,J.D. (2005). Developments in the epidemiology of drug use and drug use disorders. *Am. J. Psychiatry* 162, 1494-1502.

McClelland,G.T. (2005). The effects and management of crack cocaine dependence. *Nurs. Times* 101, 26-27.

Haasen,C. and Krausz,M. (2001). Myths versus evidence with respect to cocaine and crack: learning from the US experience. *Eur. Addict. Res.* 7, 159-160.

Dackis,C.A. and O'Brien,C.P. (2001). Cocaine dependence: a disease of the brain's reward centers. *J. Subst. Abuse Treat.* 21, 111-117.

Cornish,J.W. and O'Brien,C.P. (1996). Crack cocaine abuse: an epidemic with many public health consequences. *Annu. Rev. Public Health* 17, 259-273.

Disponível em:

<http://cienciahoje.uol.com.br/150561>

Crack, a epidemia da farsa



Com certeza vivemos um momento especial de nossa história, a importância da diversidade cultural ficou ainda mais evidente com a facilidade de comunicação, tornando fundamental o indivíduo ter status de cidadão, condizente com o lugar que habita. Mas o cidadão capaz de transformar seus sonhos em realidade ameaça um sistema que sobrevive à custa da submissão, de estabelecer padrões comportamentais a partir de conceitos frágeis, criados de acordo com seus interesses e mãos pesadas para castigar os que ousam questioná-los.

PAULO SILVEIRA



"Você costuma sonhar?", perguntou (...) um repórter de TV a uma criança de uns dez anos, bóia-fria, (...).

"Não", disse a criança espantada com a pergunta.

"Eu só tenho pesadelo". (Paulo Freire)

Dentro dessa ética, a "normalidade" deve prevalecer como a única alternativa, tornando necessário que se eliminem os que apontam novos caminhos ou falhas no sistema, nem que para isso tenha de se recorrer à barbárie, ao encarceramento, seja como criminoso, seja como doente, sob a justificativa de tratá-lo.

A estratégia política para conquista do apoio popular à barbárie é a mesma há séculos: cria-se um inimigo social através da difusão de dogmas, até que eles se tornem verdades absolutas. Como dizia Goebbels, ministro de propaganda de Hitler, "uma mentira repetida mil vezes torna-se verdade". O passo seguinte é promover o pânico na sociedade, ao atribuir a esse fictício inimigo todos os males momentâneos, como os nazistas fizeram com os judeus e a ditadura militar, no Brasil, com os comunistas. Ao criar-se o pânico, abre-se a possibilidade de estabelecer medidas de exceção para o combate ao suposto inimigo.

Nesse momento, a existência de populações em situação de rua é um forte fator ameaçador para realização dos grandes eventos em nosso país, como foi a Rio + 20, e

serão a Jornada Católica, a Copa do Mundo e as Olimpíadas, estando em jogo bilhões de reais em obras superfaturadas que são justificadas apenas pela realização desses grandes eventos. É necessário eliminar tudo que ameace a realização desses eventos. A guerra ao CRACK surge como aliado perfeito.

É colocada em prática a velha e surrada estratégia. A veiculação sistemática na mídia de matérias confusas a respeito do crack não permite ao cidadão comum formar um quadro condizente com a realidade, levando-o a acreditar nos disparates veiculados a esse respeito. Cria-se o pânico e a justificativa para implantação de medidas de exceção.

O respaldo "científico" surge com a chegada de um psiquiatra com um currículo respeitável sob os olhares de nossa cultura e dono de clínica privada para tratamentos de usuários de drogas com alto poder aquisitivo e defensor, obviamente, de medidas de exceção para tratamento de usuários de crack.

A administração dos "abrigos", para internação das CRIANÇAS e ADOLESCENTES usuários de crack, foi entregue à ONG Tesloo, com longo histórico de desvio de verbas, segundo o Tribunal de Contas do Município (algo em torno de R\$ 130 milhões de reais). Além de comandada por um major da PM aposentado, acusado de 42 mortes, respondendo a processo criminal, conforme denúncia em matérias d'O Dia publicadas em 25, 26, 27, 28, 29 e 30 de outubro de 2012 (<http://www.rebomeg.com.br/p/reportagens-atuais.html>).

Assim, em março de 2011, foi implantado o "programa de internação compulsória de crianças e adolescentes usuárias de crack", através de portaria da Secretaria Municipal de Assistência Social, disponibilizando 150 vagas para internação – número irrisório diante do triste universo existente. Não bastassem todos os desmandos e

irregularidades cometidos nesse programa pela prefeitura do Rio de Janeiro, nem a dita portaria se cumpre. Nesse período, a prefeitura fez mais de 700 recolhimentos compulsórios de crianças e adolescentes nas ruas do Rio, tendo internado pouco mais de 200 pessoas, ao custo de R\$ 28 mil reais por interno ao mês, só aumentando o caos na cidade.

O desmando e a certeza da impunidade são tantos que pesquisa feita pela própria prefeitura da cidade do Rio de Janeiro com as crianças e adolescentes internados em seus abrigos para supostamente serem tratados do vício do uso do crack aponta que somente 19% delas eram usuárias de crack. Alguns, inclusive, nem usuários de drogas eram, e mesmo assim foram mantidos aprisionados e tratados como se usuários fossem, por meses a fio, tomando medicamentos, tendo sido internados pelo simples fato de terem sido encontrados nas "cracolândias" quando lá os agentes da prefeitura estiveram.

Mais absurdo tudo isso se torna quando constatamos que as cracolândias são um produto desse mesmo Estado. A ocupação de alguns territórios da cidade, militarmente, seja oficialmente, através das UPPs, ou oficiosamente, através das milícias, provocou uma perda de espaço de circulação dessa população. Junte-se a isso o fato de a grande maioria dos atos de violência contra a população em situação de rua ser promovida exatamente por agentes governamentais.

Assim, não resta outra saída a essa população, a não ser se reunirem onde se sintam protegidas e os agentes do Estado não tenham livre trânsito: pontos de comércio de drogas.

A junção de uma população abandonada com pontos de vendas de drogas só poderia gerar a intensificação do consumo de drogas, principalmente do crack, por ser

extremamente barato, acabar com a fome e o medo.

Parece óbvio que a questão do crack, assim como qualquer comportamento estranho a nossa cultura, não se resolve com aprisionamento, internação compulsória (vejam as experiências com os antigos manicômios, das prisões), mas certamente com a inclusão social de seus agentes, garantindo a todos os direitos fundamentais, como saúde, educação, moradia, trabalho e justiça.

"Quando os nazistas levaram os comunistas, eu calei-me, porque, afinal, eu não era comunista.

Quando eles prenderam os sociais-democratas, eu calei-me, porque, afinal, eu não era social-democrata.

Quando eles levaram os sindicalistas, eu não protestei, porque, afinal, eu não era sindicalista.

Quando levaram os judeus, eu não protestei, porque, afinal, eu não era judeu.

Quando eles me levaram, não havia mais quem protestasse".

Martin Niemöller

Paulo Silveira é membro do movimento da sociedade civil "Respeito é BOM e eu gosto!" que luta pelos direitos dos portadores de distúrbios psicossociais, familiares e afins, dentre eles os usuários de drogas compulsivos.

Assunto	Visualizações	Data - Hora	Nº do texto	Postagem
Sociedade	130	25/01/2013 - 18h	14646	Ricardo Alvarez

Dossiê

Link original da matéria

http://www.correiocidadania.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7926:submanchete151212&catid=72:imagens-rolantes

Efeitos e Consequências

Relações familiares

O consumo do crack pode causar impactos profundos nas relações sociais e familiares do usuário. Quando o uso da droga se torna frequente, a pessoa deixa de sentir prazer em outros aspectos da vida, como o convívio com parentes e amigos. Toda a dinâmica familiar e social é afetada por esse comportamento, fragilizando os relacionamentos.

Segundo a psicoterapeuta familiar Eroy Silva, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), o uso abusivo do crack está associado ao isolamento, perda ou afastamento do trabalho, estreitamento do repertório social e problemas familiares como separações conjugais, deterioração da convivência e isolamento. “O usuário se afasta do círculo familiar e dos amigos e passa a maior parte do tempo sozinho consumindo a droga ou com pessoas que também fazem o uso. As relações são caracterizadas mais pelo consumo coletivo da droga do que por vínculos afetivos”, afirma.

No casal, a relação de cumplicidade e o cuidado com o relacionamento deixam de existir - a droga passa a ser o centro das atenções. “O usuário de crack não consegue se organizar, ter ritmo, ser constante. Além disso a depressão e a angústia o impedem de cuidar de outros e mesmo de estabelecer relações estáveis”, explica a psicóloga Raquel Barros, da ONG Lua Nova.

“A perda da guarda de filhos é uma consequência comum. A criança precisa de cuidados especiais, ritmo e relações saudáveis para que possa se desenvolver. O uso constante de crack é inversamente proporcional aos cuidados necessários que um pai ou uma mãe devem dar”, reforça. Neste sentido, o resgate das relações de apoio e/ou dos vínculos familiares é aspecto importante para o tratamento e a reinserção social do usuário.

O uso do crack tende a fragilizar todas as pessoas que fazem parte da vida do dependente e sentimentos como desespero, angústia e medo acabam por permear as relações familiares. “Diante da droga, muitas famílias acabam se escondendo e se culpando, pois têm de enfrentar mais problemas do que aqueles que já estão habituados a encarar. É um movimento que gera mais fragilidade e impotência e reforça ainda mais o espaço da droga na vida das pessoas”, acredita.

Ela ressalta, entretanto, que essas situações são muitas vezes causa e consequência do uso da droga. “Em relações frágeis, o uso do crack acaba potencializando a fragilidade e acentuando ainda mais as dificuldades que já existiam”, diz.

Crack: São Paulo possui 1,2 mil crianças e adolescentes viciados

Aproximadamente 1,2 mil crianças e adolescentes que vivem nas ruas da capital paulista são viciadas em crack, segundo estimativa do Movimento Estadual da População em Situação de Rua de São Paulo. “É um número muito alto”, disse o presidente da entidade, Robson Cesar Correia de Mendonça.

Segundo o desembargador Antonio Carlos Malheiros, coordenador da Vara de Infância e Juventude do Tribunal de Justiça de São Paulo, só na região da cracolândia, na área central da cidade, a estimativa é de que até 400 crianças estejam envolvidas com drogas, especialmente crack.

“Temos entre 22 e 23 cracolândias cercando a cidade. A central, que é a maior cracolândia do mundo, tem 2 mil usuários (entre adultos, crianças e adolescentes). Calculamos que mais ou menos 20% dessas pessoas são crianças e adolescentes. Ou seja, devemos ter, no centro da cidade, entre 200 e 400 crianças e adolescentes em situação de drogadição. Fora nas outras (cracolândias), que não faço nem ideia”, disse o desembargador, que tem visitado a região praticamente todos os dias.

Para Ana Regina Noto, professora do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que em 2004 coordenou um estudo envolvendo 2.807 crianças e adolescentes em situação de rua de 27 capitais do país, o número de dependentes não cresceu muito depois da elaboração da pesquisa, mas houve mudanças no uso.

“Cresceu o consumo de crack, mas a gente percebe também que houve substituição. Não houve aumento de crianças e adolescentes usando drogas, isso permaneceu o mesmo. Mas houve uma migração porque o crack começou a ocupar espaço nas grandes cidades e começou a ser uma droga de opção. Muitos que usavam cocaína começaram a migrar para o crack”, disse.

Um levantamento feito pela Frente Parlamentar de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas da Assembleia Legislativa sobre a situação do crack, da maconha e outras drogas nos municípios paulistas e divulgado em dezembro do ano passado, com o nome de Mapa do Crack, apontou que das 50.511 pessoas que foram atendidas nos sistemas públicos de saúde em 299 municípios de São Paulo por envolvimento com o crack 5.676 eram menores de 18 anos.

Os dados, segundo a frente parlamentar se referem ao ano de 2011. Cerca de 6% dos usuários de crack que procuraram o sistema público de saúde para tratamento eram menores de até 13 anos de idade. Do total de pessoas que procuraram atendimento para se tratar do vício, 21% tinham entre 14 e 20 anos de idade.

O atendimento de crianças e adolescentes dependentes é feito principalmente hoje por meio de organizações não governamentais ou pela prefeitura, que as encaminham para os centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Fonte: Rede Brasil Atual

O crack e a fragilidade da condição humana

A disseminação do uso do crack atinge, sem distinção, quase todo tipo de grupo social. Uma equação que

combina preço acessível, fácil acesso, larga escala e velocidade de produção

em [Artigos](#) | 30/04/2012 - 18:00

0

Likes

0

Tweets

0

Plus

[0](#)

[Opiniões](#)

[Compartilhar por e-mail](#)

×

Compartilhar "O crack e a fragilidade da condição humana" por e-mail

Seu Nome

Seu Email

Nome do Amigo

Email do Amigo

Enviar

[Diminuir fonte](#)

[Aumentar fonte](#)

Como sociólogo aprendi a distinguir o “ lugar de fala”, pois cada posição social demanda um discurso e uma expectativa do ouvinte ou do leitor sobre o que se pronuncia. Como cientista do social meus textos e leitores exigiriam certo rebuscamento na análise, ou uma abordagem mais teórica e menos empírica, ou emotiva, sobre os **fatos sociais**. No entanto, quando me deparo com o tema do uso das drogas ilícitas, e em especial o avanço avassalador do crack, fica quase impossível construir um discurso estritamente científico e neutro, desvinculado de uma realidade que bate literalmente em nossa cara. Por isso, os olhares e falas aqui se misturam na tentativa de reflexão sobre o tema.

Presencio de perto a **agonia, a aflição, a dor** e a dependência de um parente muito próximo que encontrou no crack sua maior prisão. Vejo o sofrimento de familiares que assim como tantos outros, são de alguma forma dependentes e reféns, mais do que da droga, reféns de uma estrutura organizada que tem no tráfico e na apatia do poder público uma combinação que tem levado à destruição pessoas, sonhos, vidas humanas.

A disseminação do uso do crack atinge, sem distinção, quase **todo tipo de grupo social**. Uma equação que combina preço acessível, fácil acesso, larga escala e velocidade de produção, promessa de felicidade imediata, fracasso do estado no combate ao tráfico e políticas públicas incipientes que acabam compondo um cenário de uma guerra quase perdida.

Se estamos vivendo em uma era do consumo desenfreado como estilo de vida, a epidemia do crack acaba refletindo um certo vazio social. Tudo parece frágil, efêmero, passageiro, assim como a “nóia” sentida por cada usuário em sua busca incessante por prazer e fuga de si e do outro.

Com a proclamação do fracasso de instituições como o **Estado, Religião, Escola, Família e Política**, o crack aparece como um substituto que coloca em xeque a própria sociabilidade . O indivíduo viciado é a própria condição humana na sua vulnerabilidade mais evidente. Os efeitos da droga não destroem somente o cidadão na sua dimensão biológica, mas sua alma, seu caráter, sua capacidade de viver em comunidade.

Precisamos portanto, de compaixão, no sentido mais amplo da expressão, mas efetivamente também carecemos de atitudes, soluções, políticas públicas, investimentos e decisão de encarar não como um problema do outro, mas com medidas que perpassem uma percepção do problema a partir de múltiplos enfoques, como a repressão ao tráfico, um adequado atendimento ao usuário, principalmente pelo poder público e sobretudo a desconstrução de uma lógica que atribui ao indivíduo uma soberania e um falso poder de que tudo pode. É a dimensão humana que está em jogo.

Eduardo **Neto** **Moreira** **de** **Souza**
Sociólogo

Eduardo Cardozo: crack deve ser enfrentado de forma integrada

O crack é algo muito difícil e complexo de ser enfrentado, mas não impossível, se atuarmos de forma integrada. A afirmação é da ministra Maria do Rosário, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), que participou na manhã desta sexta-feira (15), em Brasília, de uma videoconferência do Programa “Crack, é possível vencer” com os governos dos estados e prefeituras de mais de 200 mil habitantes de Minas Gerais e do Rio Grande do Sul.



A atividade contou ainda com a participação do Ministro da Justiça, José Eduardo Cardozo e da Secretária Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente da SDH/PR, Angelica Goulart, entre outras autoridades.

“Precisamos reunir esforços entre as três esferas administrativas – federal, estadual e municipal – para juntos combatermos este que é um dos grandes desafios assumidos pela presidenta Dilma Rousseff perante a sociedade brasileira. O mais importante em tudo isto é preservarmos a vida, pois muitas vezes onde o crack se instala, perdem-se muitas vidas”, afirmou Rosário.

Já o ministro José Eduardo Cardozo falou da importância dos municípios aderirem ao plano. O ministro explicou que uma das principais preocupações do governo com as ações do plano é ter clara a definição entre usuário e traficante. Outra preocupação, afirmou, é fazer com que o problema das drogas seja enfrentado de forma integrada, onde governo federal, estaduais e municipais atuem juntos no acolhimento, tratamento e combate às drog

Videoconferência

Além dos gestores municipais e estaduais dos estados de Minas Gerais e Rio Grande do Sul, participaram dos debates representantes da Casa Civil e dos ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e Educação.

Lançado no final de 2011, o Programa Crack, é possível vencer, tem como objetivo aumentar a oferta da rede de serviços de tratamento e atenção aos usuários de drogas e seus familiares, reduzir a oferta de drogas ilícitas por meio do enfrentamento ao tráfico e às organizações criminosas e promover ações de educação, informação, capacitação, além de estimular à participação e apoio da sociedade.

O Governo Federal disponibiliza recursos financeiros a estados, municípios e DF, que poderão aderir ao programa assumindo contrapartidas e implementando os equipamentos de saúde, assistência social e segurança pública. O orçamento total é de R\$ 4 bilhões para serem investidos até 2014.

Fonte; Secretaria de Direitos Humanos

*

Tese de Doutorado - Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias! Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil

http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=98199

EXPERIÊNCIA DE CAMPO COM USUÁRIOS DE CRACK

O crack, também conhecido como “pedra”, é a forma de base livre da cocaína, podendo ser obtido do cloridrato de cocaína ou da pasta de coca. Muito pouco solúvel em água. Surgiu em meados da década de 80 entre setores carentes da população negra e latina das decadentes áreas centrais de Nova York, Los Angeles e Miami. Sua produção era similar à do “freebase”, mas prescindia do processo de purificação final: o cloridrato de cocaína era dissolvido em água, adicionava-se bicarbonato de sódio, aquecia-se a mistura que, ao secar, adquiria a forma de pedras duras e fumáveis. Essas pedras continham não somente alcalóides de cocaína, mas também bicarbonato de sódio e todos os outros ingredientes que haviam sido adicionados anteriormente ao pó. Porém, ao contrário de “freebase”, geralmente preparado pelos próprios usuários a partir do pó, o crack era geralmente produzido pelos traficantes e vendido já pronto para ser fumado.

Site em que o artigo está disponível na íntegra:

http://www.saude.rj.gov.br/Docs/Dstaidis/Cartilha_DST-AIDS_n%C2%BA%202_2007.pdf

Usuárias de drogas são mais discriminadas sim!

Andrea Domanico

Ao longo do desenvolvimento da humanidade as mulheres sempre foram vítimas de discriminação. O preconceito social não é diferente quando o assunto é o uso de drogas por mulheres. Uma mulher usuária de drogas é mais segregada do que os homens.

Em geral, as pesquisas sobre o consumo de drogas apontam que as mulheres utilizam em menor quantidade e com menos frequência que os homens, algumas substâncias psicoativas. No entanto, nos últimos anos, este quadro tem se modificado. Os padrões de consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas no gênero feminino têm se aproximado cada vez mais dos observados entre o sexo oposto. Esse consumo tem superado os índices apresentados pelos homens no caso do uso de medicamentos antidepressivos, ansiolíticos e anorexígenos.

O aumento do consumo de medicamentos pode ser explicado por vários fatores. Um deles é o fato de muitas mulheres não enxergarem o uso de remédios, sem orientação médica, como uso indevido e abusivo de drogas. Elas tendem a justificar este consumo por necessidades estéticas ou de saúde e são críticas em relação ao uso de substâncias lícitas, como o álcool e o tabaco. Em parte, esta postura reflete nossa herança cultural, afinal, as mulheres são estimuladas cotidianamente a consumir medicamentos. Entre eles os remédios para evitar a gravidez, realizar reposição hormonal, lidar com sintomas depressivos ou manter a beleza simplesmente. O consumo de drogas pelo prazer (álcool, tabaco e substâncias ilícitas) é preferencialmente permitido aos homens.

Contudo, temos percebido atualmente, um número razoável de mulheres usando drogas publicamente. Isso demonstra uma alteração nos hábitos sociais, pois contribui para reduzir o preconceito, uma vez que banaliza o uso de drogas por mulheres em locais públicos. Por outro lado, estas mesmas mulheres se tornam vítimas preferenciais de atos violentos, resultado de

uma postura preconceituosa. É comum a associação da mulher usuária de drogas a estereótipos como: “se ela se droga ela não se dá ao respeito” e portanto, não merece ser respeitada.

Vivemos em uma sociedade em que o gênero limita as ações das pessoas. Para muitos, ainda existem atividades e comportamento que somente o homem pode apresentar e outros reservados somente às mulheres. Logo, se faz necessário pensar nas diferenças de gênero quando construímos políticas públicas. O uso de drogas é uma questão delicada que deve ser discutida com a sociedade de forma sincera, menos intolerante e sem preconceitos. Caso contrário teremos dificuldades para estabelecer políticas assertivas e eficazes para reduzir o consumo e as conseqüências do uso abusivo e indevido de drogas entre as mulheres.

Para mudar este panorama exemplos bem-sucedidos da luta pela transformação social devem ser seguidos. Entre eles, o movimento feminista, redução de danos e o movimento de AIDS. Por meio dessas lutas específicas conseguiu-se, por exemplo, que o Sistema Único de Saúde – SUS incorporasse como prática oficial, a distribuição de preservativos masculinos e femininos e também da “pílula do dia seguinte”, essencial nos casos em que se busca a contracepção de emergência. Estas iniciativas ampliaram o acesso das mulheres a insumos básicos de prevenção e beneficiam a todas, inclusive as usuárias de drogas.

Andrea Domanico é Psicóloga. Doutoranda do Departamento de Antropologia da Universidade Federal da Bahia. Assessora Técnica do Programa Nacional de Hepatites do Ministério da Saúde

Site: <http://www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=124>

REDUÇÃO DE DANOS

O que é Redução de Danos?

Redução de Danos Associados ao Uso de Drogas é uma medida de Saúde Pública que tem por objetivo minimizar as conseqüências adversas do uso de drogas. O princípio fundamental da Redução de Danos é o respeito aos Direitos Humanos e de Cidadania. Portanto, às escolhas e condições de uso de drogas dos indivíduos, na medida em que estudos demonstram que muitos usuários de drogas ou não podem, ou não conseguem, parar de usar drogas. As estratégias de Redução de Danos podem ser encontradas em modelos de tratamento na Inglaterra desde a década de 20. No entanto, ela ganha força com a iniciativa de associações de usuários de drogas injetáveis na Holanda, no início da década de 80, em função dos altos índices de contaminação de Hepatites virais nesta população. No Brasil, estas estratégias ganham importância e visibilidade com o aumento da infecção pelo HIV/Aids entre usuários de drogas injetáveis, suas parceiras sexuais e crianças nascidas destes relacionamentos. A estratégia de Redução de Danos mais conhecida entre nós é a Troca de Agulhas e Seringas entre usuários de drogas injetáveis, que tem por objetivo prevenir a contaminação e disseminação pelo HIV/Aids e outras doenças transmitidas pelo sangue. A existência dos Programas de Troca de Seringas em nossa realidade tem contribuído tanto para reduzir as chances de compartilhamento dos equipamentos de injeção e para a adoção de práticas sexuais mais seguras entre os usuários de drogas injetáveis quanto para aproximar esta população dos serviços de saúde, de tratamento da Aids e da dependência de drogas. A Redução de Danos fundamenta-se em princípios democráticos, de cidadania, direitos

humanos e de saúde. Tem por objetivo oferecer alternativas de cuidados à saúde que possam ser adotados durante o próprio uso. Este objetivo leva em consideração a diversidade dos usos e as particularidades culturais dos usuários. Esta proposta é mais flexível do que os modelos preventivos tradicionais, na medida em que considera a complexidade que envolve os diferentes usos de drogas e não trabalha com um único objetivo: a abstinência, ao contrário busca junto com os sujeitos que fazem uso das diferentes drogas estratégias e práticas alternativas que reduzam os danos sociais e de saúde.

Andrea Domanico – Centro de Convivência “É de Lei”

Fonte: DKT do Brasil – http://www.dkt.com.br/html/est_008.html

A cracolândia que você não vê



Quem se aproxima tem uma surpresa. A mão áspera é quente, os olhos ainda lacrimejam, há pulsação e sorrisos sinceros

Talita Ribeiro



(Mais informações sobre o Coletivo Cracolândia e o contexto em que surge em [nosso blog](#))

Todo paulistano médio conhece a região da Luz/José Paulino/Santa Ifigênia como sendo boa para compras, de eletrônicos ou roupas. Todo paulistano culturalmente ativo sabe que ali há o Museu da Língua Portuguesa, a Pinacoteca e a Sala São Paulo. Todo e qualquer paulistano não ousaria pisar lá (literalmente, a pé) depois das 22h.

Porque à noite, o comércio e a cultura são outros. E quem circula pela área não é considerado cidadão da metrópole mais rica do país.

Quem ocupa as esquinas, quadras e avenidas, se mistura com o lixo e divide espaço com os ratos, que cruzam as ruas a procura de comida. À noite não há quem desvie dos moribundos ou crianças alucinadas. E, vez em quando, se tem a impressão que não há uma alma viva sequer, mesmo que oitenta usuários de crack estejam ocupando uma mesma sarjeta. Até quem tenta se inserir nesse meio — por [política](#), trabalho ou missão — dificilmente consegue penetrar nessa outra realidade, onde o olhar não pára, nem brilha, mas ainda busca, desesperadamente, por 8 segundos.

“De 5 a 8 segundos é o tempo que dura o ‘barato’ do crack. Nesse curto espaço de tempo, dizem, a sensação é equivalente a 8 orgasmos” conta um dos missionários do [Cena](#), que conversa com os dependentes durante a noite, para convidá-los a conhecer o projeto e, quem sabe, embarcar numa outra viagem — a de reabilitação. Ele circula normalmente entre a aglomeração de usuários.

Diferente do que os telejornais ensinam, a cracolândia não é um lugar sem leis. Religiosos são respeitados e, muitas vezes, ignorados pela massa. Quando a polícia derrapa com as viaturas nas ruas e saca seus (desnecessários) sprays de gás de pimenta, todos vão para outra esquina. Quando um segurança de uma loja qualquer manda eles saírem, o mesmo acontece. Não há sexo e violência explícita na rua. Não o tempo todo. Não tempo suficiente para concorrer com qualquer balada de classe média alta em uma sexta à noite. Os usuários vez em quando discutem entre si, mas os gritos são, em sua maioria, parte da negociação de droga.

“Quem dá dois por uma pedra? Quem tem uma nota de cinco? E um cachimbo novo?” Com frases desse tipo a “bolsa do crack” funciona a noite inteira, com usuários pra lá e pra cá comprando e vendendo tudo o que podem, de cigarros a 25 centavos até salsichas vencidas achadas no lixo. Nesse mercado quase todos são compradores em potencial, menos os que chegam em bicicletas, trazendo mais pedras em sacolas

plásticas, para fazer girar a roda da dependência. Quem não está negociando, só pode estar consumindo, procurando restos na calçada ou tentando tirá-los do cachimbo. Nesse ciclo nada que não tenha ligação com o crack [importa](#). Ninguém liga para os carrões que cruzam a região noite adentro para comprar a droga. E não é raro ver pessoas bem vestidas e com tênis da moda fumando ao lado de moradores de rua. Não existe mais rico ou mais pobre quando se está rente ao chão.

Nesse contexto, crianças de dez anos agem como se tivessem o dobro. São chamadas de “dimenor”, mas só isso as diferencia dos demais. Com uma casca dura de sujeira preta ou incrivelmente limpas, elas sabem o próprio nome, há quanto tempo estão nessa [vida](#), onde doem as feridas e, principalmente, que precisam de uma pedrinha. Os traços infantis quase se perdem em meio a tanta opressão, mas quando pedem ajuda para conseguir a próxima brisa, são como tantas outras crianças pedindo um doce. E são frágeis, muito mais frágeis do que aparentam quando as olhamos de canto de olho, andando a passos rápidos. Mas essa não é uma característica só delas.

Os usuários de crack vistos de perto e em seu habitat, em nada lembram os retratados em telejornais. No lugar do medo e do ódio, despertam uma tristeza imensa, acompanhada por um sentimento de impotência. Nada que não seja a pedra parece tocá-los — inclua aí a sua presença. Mas quem, mesmo assim, tenta se aproximar tem uma surpresa. A mão áspera é quente, os olhos ainda lacrimejam, a voz embarga ao contar sobre o passado, ainda há pulsação e sorrisos sinceros. Apesar de toda a ânsia pela droga, há outros tipos de carências não supridas, tão importantes quanto. E para tratá-las é preciso bem mais que 8 segundos. Mas isso o paulistano ainda não sabe.

Talita Ribeiro é uma das integrantes do [Coletivo Cracolândia](#), que mantém um site participativo sobre a região da Luz e as formas de enfrentar seus problemas

Crack, questão de saúde pública

O crack é de origem americana e iniciou-se nos anos 70 atingindo grande parte da população dos EUA e nos dias atuais a droga é encontrada facilmente em nosso país. O entorpecente é extraído da pasta de cocaína e posteriormente misturado com outras composições. A droga é sólida e geralmente é fumada, sua fumaça chega ao sistema nervoso central em dez segundos por ser absorvida de modo rápido pelos pulmões, entrando quase instantaneamente na corrente sanguínea e seu efeito dura de três a dez minutos.

No Brasil o aparecimento do crack é relativamente recente, surgindo após a Constituinte de 1988 e já no início da década de 90 quase 400 mil pessoas já haviam provado o entorpecente. Nos dias atuais é estimado que o número já tenha chegado a quase dois milhões de usuários. Decorrencia do rápido crescimento, conhecedores do assunto entendem que o país vive uma calamidade, sendo caso de saúde pública. Afinal, os efeitos da droga arruína a vida dos usuários e de seus familiares. Apesar de vários meios de comunicação divulgarem que o entorpecente é utilizado por jovens e crianças de rua, o crack já atingiu os lares das famílias de classes média e alta.

Em relação à saúde do usuário, a medicina reconhece que a utilização do crack promove mais de 50 problemas, que envolvem assustadoramente os sistemas circulatório, nervoso os pulmões e os rins. O entorpecente causa danos irreversíveis ao funcionamento dos neurônios, trazendo sérios obstáculos para capacidade de concentração e para cognição. Aumenta expressivamente a aceleração do coração, causando aumento de pressão arterial e arritmias. Em pouco tempo o usuário do crack pode sofrer um infarto miocárdio e em alguns casos, mais graves, pode ocorrer parada cardíaca.

Diversas pesquisas são divulgadas sobre o assunto, mas o crack é o caos da vez para a saúde pública desse Brasil. Para se ter ideia, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo realizou recentemente pesquisa com 270 viciados em crack, constatando que quase 50% dos usuários possuem parente ou amigo que morreram assassinados. Dentre os pesquisados, 87% já se envolveram em atos violentos e 62% participaram de furtos e roubos e 48% já foram presos. Todos descreveram possuir algum problema de saúde, sendo 92% de doenças respiratórias, 84% doenças cardiovasculares; 75% depressão e paranoias; 20% tentativas de suicídio e 65 déficit de memória.

Uma alternativa, para amenizar a situação, seria talvez, ampliar a responsabilidade da SENAD - Secretaria Nacional de Combate às Drogas sendo uma medida que se reduziria o avanço do crack, mas não chegaríamos ao resultado necessário. Porventura, o resultado eficaz seria fazer como o presidente americano Barack Obama, recuperar toda política de combate aos entorpecentes, incluindo a partir da medida o tratamento do viciado como questão de saúde pública, obviamente acirrando a prevenção a uma robusta repressão.

ANDRÉ MARQUES é advogado, consultor, escritor e Doutorando em Direito.
andremarquesadv@hotmail.com / www.twitter.com/andremarquesadv

Ao longo dos anos a nossa [sociedade](#) tem sofrido grandes transformações, mas todos vão dizer: desde que o mundo é mundo essas transformações vem acontecendo. É verdade, mas estou me restringindo ao meu tempo por aqui.

Lembro ainda criança quando a minha avó era viva, que ela dizia que o fim do mundo estava chegando, quando via alguns costumes que a escandalizavam, lembro que o comportamento dos jovens era um deles e não adiantava tentar argumentar que ela não aceitava, achava que eles estavam muito livres, sem pudores e sem respeito pelo próximo.

Algumas décadas depois os valores de certo e errado mudaram muito... principalmente no que se refere aos costumes, direitos principalmente das mulheres, que conquistaram muito espaço... mas não é o foco principal do meu texto.

O objetivo desse texto é falar sobre a influência das drogas na nossa [vida](#). Quem não conhece alguém, ou tem um amigo, parente, vizinho que teve sua vida destruída pelo uso de drogas, algumas lícitas como o álcool.

O homem sempre usou drogas, existem relatos de uso de drogas como o peiete (espécie de cacto mexicano, do qual se extrai a mescalina) da época pré-asteca ou asteca, o ópio era usado na idade média pelas civilizações asiáticas, os derivados da coca, extraídos da folha de seus arbustos (*Erythroxylum coca*), eram usados pelos incas como estimulante; a maconha e suas variedades como o haxixe e a marijuana, da planta *cannabis sativa*. Cerca de mil anos antes do nascimento de Cristo, os hindus já consideravam a *cannabis* como uma planta sagrada, certamente por causa das propriedades misteriosas da mesma.



Quero falar do Crack, que na minha opinião veio para destruir a vida de muita gente, apesar de ser amplamente divulgado o efeito devastador dessa droga, faz cada dia mais vítimas, em todas as classes sociais, idades diferentes, causando

um estrago absurdo, aumentando a violência, vejo filhos cuidando de pais drogados, filhos e pais compartilhando, roubando, matando e não vejo um final feliz nessa história.

Cada dia é maior o número de viciados e sendo bem pessimista comparo a uma epidemia, não sou especialista, mas não entendo porque os responsáveis, polícia, órgãos de saúde, governantes, não encaram esse como um problema maior, o crack é uma praga que deve ser combatida, pois a cada família destruída o prejuízo para toda a sociedade é imenso.

A sociedade tem que se mobilizar para combater esse terrível mal, porque o que vejo são pessoas assustadas e eu me incluo nesse time, sem saber que rumo tomar e agradecendo por não ser uma vítima... ainda... pois ninguém está imune.

Se você conseguiu ler até aqui, porque a nossa tendência é de fugir do que tememos ou não entendemos, pense no que pode fazer para mudar isso, pois você ou sua família podem ser a próxima vítima. Pense nisso, quando for votar nas próximas eleições, o nosso país não tem um plano de apoio a esses dependentes e o que vemos é uma amostra do caos que vai se instalar no nosso país se medidas não forem tomadas.