

# ***CRACK: O QUE SE SABE E O QUE DEVE-SE SABER SOBRE ESSA DROGA TÃO PODEROSA***

## **CRACK: WHAT WE KNOW AND WHAT WE SHOULD KNOW ABOUT THIS SUCH POWERFUL DRUG**

**Natália Werle Vogel**

Farmacêutica graduada pelo Centro Universitário Univates, Especialista em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pelo Centro Universitário Internacional UNINTER – nativogel\_14@hotmail.com

**Edna Marcia Grahl Brandalize Slob**

Enfermagem Obstetrícia e Licenciatura em Enfermagem pela UFPR, Especialista em Metodologia da Ciência e Magistério Superior Auditora de qualidade, orientadora de TCC do Centro Universitário Internacional Uninter.

### **RESUMO**

É possível notar, por meio de leituras e noticiários, que o consumo de substâncias psicoativas vem aumentando ao longo dos tempos, principalmente as substâncias ilícitas, destacando-se o crack, que é considerado como a droga mais agressiva e com maior poder de causar dependência. Por ser uma droga relativamente barata, seu uso se alastrou rapidamente. É uma droga muito agressiva, que causa danos graves a seus usuários. Tem destruído a vida de muitas pessoas, principalmente jovens, e abalado fortemente suas famílias. Contribui para o aumento das taxas de criminalidade, violência e outros problemas sociais. A dependência química foi considerada por muito tempo como uma doença masculina, no entanto, atualmente, o consumo de substâncias ilícitas e álcool são indiscriminados entre adultos e adolescentes. No caso do crack, até mesmo crianças de várias idades. O seu consumo se transformou, nos últimos 25 anos, em um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Para esse trabalho foi realizado uma revisão bibliográfica desenvolvida por meio de livros, artigos, teses, dissertações ou publicações on-line.

**Palavras-Chave:** Crack. Usuários. Dependência. HIV/AIDS. Tratamentos.

### **ABSTRACT**

It is possible to notice, through readings and news that the consumption of psychoactive substances has been increasing over time, primarily illicit substances, peculiarly the crack, which is considered as the most aggressive drug and with more power to cause dependence. Being a relatively cheap drug, its use has spread quickly. It is a very aggressive drug that causes severe damage to its users. It has destroyed the lives of many people, especially young people, and strongly shaken their families. It contributes to increase rates of crime, violence and other social problems. The addiction was long considered as a male disease, however, currently, the use of illicit substances and alcohol are indiscriminate between adults and adolescents. In the case of crack, even children of various ages. Its use has become in the last 25 years, one of the main public health problems in many countries of the world, as well as in Brazil. For this work, a literature review developed from books, articles, theses, dissertations or online publications was conducted.

**Keywords:** Crack. Users. Dependence. HIV / AIDS. Treatments.

## INTRODUÇÃO

A dependência química é uma doença crônica e recorrente em que o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento do cérebro (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 23).

As mudanças podem ser duradouras na estrutura e no funcionamento neuronal, que são a base das anormalidades comportamentais associadas à dependência (ALVES, 2013).

Essas alterações originam ou acentuam comportamentos de natureza compulsiva que antes pouco ou nada interferiam na vida do paciente e de seus grupos de convívio, tornando o comportamento do dependente cada vez mais focado para a obtenção e o uso dessas substâncias, ao mesmo tempo em que diminui sua capacidade de parar de usá-las (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 23).

É possível notar, por meio de leituras e noticiários, que o consumo de substâncias psicoativas vem aumentando ao longo dos tempos, principalmente as substâncias ilícitas, destacando-se o crack, que é considerado como a droga mais agressiva e com maior poder de causar dependência, tornando-se assim um problema mundial de saúde pública.

O interesse no presente trabalho é devido ao avanço do crack, que por ser uma droga relativamente barata tem se alastrado rapidamente e destruído a vida de muitas pessoas, principalmente jovens, e abalado fortemente suas famílias. O tratamento se mostra difícil, o dependente frequentemente adota um comportamento de risco, como roubo e violência. O aumento rápido do número de dependentes vem se multiplicando, que soma as demais consequências físicas, mentais, comportamentais, sociais e financeiras.

O consumo do crack entre a população brasileira já segue para uma terceira década, com evidentes questões de saúde pública envolvidas e uma série de dúvidas quanto ao entendimento desse fenômeno (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 50).

Quando analisados em conjunto os prejuízos aos usuários e àqueles que o cercam, fica claro uma série de questões, principalmente sobre quem é esse usuário, por que usa

o crack, em que condições vive, como consome a droga e quais as trajetórias típicas de uso (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 50).

As diversas pesquisas no âmbito sociocultural sobre o uso de crack procuram descrever esse contexto de vida e os comportamentos típicos dos consumidores (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 50). Devido a isso, o objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão bibliográfica da literatura sobre o crack, abordando temas como a faixa etária e o sexo dos usuários que mais fazem uso da droga, as principais consequências devido ao longo período de uso, os motivos que causam a dependência e a dificuldade para abandonar o uso da droga, a associação entre HIV/AIDS e os usuários de crack e os tipos de prevenções e tratamentos para esse tipo de usuário.

Desde as primeiras descrições a respeito da cultura do uso de crack no Brasil, o perfil predominante dos usuários foi do sexo masculino, jovens e adultos jovens (faixa etária entre 18 e 35 anos), solteiro, de baixa classe socioeconômica, baixo nível de escolaridade, provenientes de famílias desestruturadas, sem vínculos empregatícios formais e, em geral, isolados socialmente (OLIVEIRA, NAPPO, 2008; SILVA, 2012). Esse perfil persiste nas descrições mais atuais, porém com presença cada vez mais significativa de mulheres usuárias (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 50).

Conforme o último relatório sobre o uso de drogas divulgado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pelo menos 0,6% dos adolescentes brasileiros entre 10 e 19 anos de idade já usou crack na vida, 0,4% usaram pelo menos uma vez nos últimos 12 meses e 0,3% usaram pelo menos uma vez nos últimos 30 dias. Esses valores correspondem a mais de 200 mil adolescentes usuários de crack no país, considerando os números do último censo (SILVA, 2012).

É possível notar que os usuários de crack têm problemas sérios em suas vidas, tanto anteriores, quanto decorrentes do consumo de drogas. Quanto maior o tempo de uso, maior a tendência de possuírem problemas como a baixa escolaridade e falta de habilidade para resolução de conflitos sociais e afetivos (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 191).

Desse modo, a abstinência torna-se apenas o início de um longo processo, onde episódios de crise é muito comum. O equilíbrio que o tratamento proporciona é bastante

## *CRACK: O QUE SE SABE E O QUE DEVE-SE SABER SOBRE ESSA DROGA TÃO PODEROSA*

instável, principalmente no início, onde as chances de recaída são quase uma regra (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 191).

O tratamento da dependência química deve ser considerado como um conjunto de técnicas e intervenções desenvolvidas com o intuito de favorecer a redução ou a abstinência do consumo, assim como a melhora da qualidade de vida e do funcionamento social dos seus usuários. Os pacientes devem permanecer em tratamento por um período de tempo suficiente, que será critério de sucesso e fator de proteção para o período pós-alta. O tratamento deve possuir metas específicas, mensuráveis, estabelecidas em comum acordo entre a equipe e o paciente, realistas e limitadas no tempo (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 184).

### **A DEPENDÊNCIA DO CRACK E OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DEVIDO AO SEU USO**

#### **A CHEGADA DO CRACK AO BRASIL**

O crack surgiu entre 1984 e 1985 em bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami. Era obtido a partir de um processo caseiro e utilizado em grupos ou em casas abandonadas e precárias (chamadas *crack houses*). Os cristais eram fumados em cachimbos e estalavam quando expostos ao fogo, emitindo um barulho parecido com o nome crack, daí o nome da droga (KESSLER, PECHANSKY, 2008). Essa substância produzia uma euforia de grande magnitude e curta duração, seguida de fissura intensa e desejo por uma nova dose (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 34).

Em geral, os usuários de crack eram, em sua maioria jovens, que utilizavam a cocaína refinada e que foram atraídos pelo baixo preço da droga, usuários de maconha e poliusuários também o adicionaram a seu padrão de consumo, e, ainda, indivíduos que adotaram o crack como sua primeira substância. Após a chegada da AIDS, usuários de cocaína por via intravenosa, na maioria das vezes mais velhos, também optaram pelo crack em busca de vias de administração mais seguras, sem diminuição da intensidade dos efeitos. O baixo preço também atraiu novos consumidores, de classes sociais mais baixas, que pagavam por dose consumida (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 34).

Segundo informações da Polícia Federal, o crack chegou ao Brasil no início dos anos de 1990, aumentando em 166 vezes no período de 1993 a 1997. Algumas evidências apontam para o surgimento da droga em bairros da zona leste de São Paulo, e em seguida, alcançaram a região da Luz (Cracolândia), no centro da cidade. Após isso, o consumo espalhou-se para vários outros pontos da cidade, em decorrência do ambiente de exclusão social e da repressão policial no centro (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 34).

O primeiro estudo etnográfico sobre o consumo de crack no Brasil, realizado no município de São Paulo, relatou que o aparecimento da droga e a popularização de seu consumo tiveram início a partir de 1989. Esse estudo envolveu 25 usuários que viviam na comunidade, cujo perfil era: homem, com menos de 30 anos, desempregado, com baixa escolaridade e poder aquisitivo, proveniente de família desestruturada (DUALIBI *et al*, 2008).

Dez anos depois, no início dos anos de 2000, instituições ligadas a infância e a imprensa anunciaram uma possível diminuição do consumo de crack, assim como a procura por atendimento na rede pública municipal de saúde de São Paulo (DIMENSTEIN, 2000). O problema com o uso do crack parecia ter reduzido, como era observado em países como os Estados Unidos e a Inglaterra. No entanto, houve o oposto; dois levantamentos domiciliares (2001 e 2005) realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), mostraram que o consumo dessa droga tinha quase dobrado (CEBRID, 2006).

Em meados dos anos de 1990, o consumo do crack era devido à sensação de prazer, no final da mesma década o consumo já era estimulado por compulsão e dependência, ou como forma de lidar com problemas familiares e frustrações. O pensamento do usuário era só em relação ao consumo do crack, abrindo mão do sono, da comida, do afeto e do senso de responsabilidade (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 35).

## A ORIGEM DO CRACK E SEUS EFEITOS NO ORGANISMO

O crack é uma apresentação da cocaína para ser fumada ou inalada com o propósito de produzir efeitos mais rápidos e intensos (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 116).

É uma substância psicoativa euforizante, estimulante do sistema nervoso central, preparado a partir da pasta básica da cocaína com bicarbonato de sódio (ZANETTA, POLVERINI, 2011), isso faz com que a droga se cristalize e os cristais então podem ser fumados, ao contrário da cocaína em pó, que se decompõem quando aquecido (ARATANGY *apud* JUNIOR, 2012). Pode ser fumado em cachimbo, tubo de PVC ou aquecido em uma lata (ZANETTA, POLVERINI, 2011).

Como a área de absorção nos pulmões é 200 vezes maior que a via nasal, ao ser fumado, em menos de 15 segundos os vapores atingem o cérebro (ARATANGY *apud* JUNIOR, 2010). A fumaça inalada faz com que o usuário sinta grande prazer, intensa euforia, sensação de poder, excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação de cansaço, falta de apetite. Devido a esses efeitos psíquicos, o uso passa a ser compulsivo, pois a duração é muito curta (5 a 10 minutos) (RODRIGUES *et al*, 2013; ZANETTA, POLVERINI, 2011) e a vontade (fissura) em usar novamente a droga torna-se incontrolável (ZANETTA, POLVERINI, 2011), causando a dependência.

## PERFIL DOS USUÁRIOS E A DEPENDÊNCIA

O perfil de consumidores de crack no País é em sua maioria os jovens, desempregados, que possuem baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, que vêm de famílias desestruturadas, com antecedentes de uso de múltiplas drogas e comportamento sexual de risco. O uso de crack também é observado cada vez mais em idades mais precoces em todo o País e em todas as classes sociais, por ser uma droga de fácil obtenção e cujo consumo em geral é decorrente do consumo de álcool e/ou tabaco (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 36).

O usuário de crack, se comparado com o usuário de cocaína intranasal, apresenta um padrão mais grave de consumo, com maior envolvimento em atividades ilegais e prostituição, maior risco de efeitos adversos da droga e maior chance de morar ou ter morado na rua (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p.39).

Normalmente, o usuário do crack inicia o consumo de substâncias psicoativas pelas drogas lícitas, como o tabaco e o álcool, sendo a maconha a droga mais comum. Além disso, fatores psicossociais como o isolamento social e vulnerabilidade à violência urbana contribuem para a manutenção do consumo, enfatizando como os processos sociais e fatores contextuais têm participação determinante nos padrões de uso dessa droga (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 40).

A maioria dos usuários de crack apresenta critérios para dependência ao longo de sua trajetória de consumo, isso porque utiliza a droga com mais frequência, em maior quantidade e tem mais sensibilidade aos efeitos da substância. A associação com dependência de álcool e maconha, assim como déficit de atenção, hiperatividade e transtorno de personalidade antissocial, aumentam o risco de dependência entre os usuários (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 47).

As mulheres usuárias de crack, geralmente acabam se prostituindo para obter a droga e quase sempre fazem sob efeito da fissura. Neste estado, acabam perdendo a noção do perigo e não procedem a um sexo seguro, expondo-se às DST's e AIDS e podendo transmitir o vírus a seus parceiros (NONTICURI, 2010).

Foi constatado que os usuários de crack têm mais episódios de fissura e perda de controle sobre o uso da droga do que os usuários de cocaína intranasal, levando-os a consumir grandes quantidades por diversas horas e dias consecutivos. Isso poderia relacionar-se ao efeito de duração mais curto e de maior intensidade do crack, o que aumenta a probabilidade de a droga ser utilizada novamente e levar a quadros mais graves de dependência e em menor tempo de evolução (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 44).

## AS CONSEQUÊNCIAS DO USO E A MORTALIDADE ENTRE USUÁRIOS

As principais causas de mortes dos usuários de crack observadas nos pacientes internados no Hospital Geral de Taipas foram: homicídios – mais de metade das mortes entre os usuários do referido estudo foi decorrente de homicídios, especialmente por armas de fogo; DST/AIDS – a aids foi responsável por um quarto dos óbitos entre os usuários de crack do estudo. Entretanto, o consumo de crack também é diretamente associado à infecção pelo HIV devido ao comportamento sexual de seus usuários. O comportamento de risco mais observado nessa população é o sexo em troca de droga, uma prática que parece constantemente associado com o número elevado de parceiros e com o sexo sem proteção. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde de 2006, 27% dos usuários de crack brasileiros apresentam sorologia positiva para HIV/aids, sendo a prevalência e a incidência da doença maior entre mulheres; overdose e complicações clínicas – pouco mais de 10% dos pacientes morreram de overdose. Complicações cardiovasculares são observadas em 0,7 a 6% dos usuários de crack/cocaína, fazendo desta a principal causa de morte por overdose; suicídio – mesmo com a ausência desse tipo de desfecho, as taxas de mortalidade associadas ao suicídio vêm aumentando globalmente, sendo mais observado entre indivíduos do sexo masculino. Estudos longitudinais e de metanálise sugerem que 3 a 35% dos suicídios relacionados com o consumo de crack/cocaína, além de indicarem relação entre ideação suicida, diversas tentativas e posteriores overdoses. A dependência química de crack/cocaína combinada com transtornos mentais, distúrbios familiares quanto com situações de vulnerabilidade socioeconômica – situação de rua, desemprego – aumentam as taxas de mortalidade causadas por suicídio (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 101-104).

A variedade de riscos aos quais essa população de usuários de crack se expõe diariamente, tanto para conseguir meios para o uso como durante o uso, justifica sua alta taxa de mortalidade. Se considerada a população da cidade de São Paulo, a taxa de mortalidade dos usuários de crack seria em torno de sete vezes superior à população em geral. Assim, as explorações científicas das primeiras gerações usuárias de crack no Brasil determinam baixa expectativa de vida dos usuários (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 54).

As consequências do uso do crack trazem diversos prejuízos para a vida dos usuários, seus familiares e para a sociedade em geral. Entre os prejuízos relatados pela literatura científica estão as físicas, psicológicos e sociais:

complicações pulmonares frequentes, zumbidos, alterações de equilíbrio, alucinações auditivas, hiperacusia, risco aumentado de contrair o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras doenças sexualmente transmissíveis, alto índice de mortalidade, em curto espaço de tempo, em virtude de fatores externos como homicídios e a soropositividade, maiores problemas sociais, problemas com a justiça, atraso na vida escolar, alto índice de desemprego, ocorrência de condutas antissociais para obtenção da droga, como furtos, assassinatos e roubos (FREIRE et al, 2012).

O uso crônico de crack deteriora o indivíduo cognitivamente, levando-o a um índice de funcionamento mental baixo, contribuindo para seu isolamento e abandono por parte da família. Os primeiros anos de uso são os mais conturbados e de maior risco de morte (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p.28).

Em virtude dessas e outras consequências, a questão do uso do crack no Brasil já tomou uma grande proporção, seu crescimento tornou-se um fenômeno de saúde pública, sendo hoje chamado de epidemia do crack (FREIRE et al, 2012; PULCHERIO et al, 2010).

## **ASSOCIAÇÕES ENTRE HIV/AIDS E O USUÁRIO DE CRACK**

Ao final dos anos de 1980 surgiram as primeiras evidências epidemiológicas do maior risco de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive infecções pelo HIV em usuários de crack (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 57).

Segundo um estudo norte-americano, o que explica a maior prevalência de HIV entre usuários de drogas não injetáveis em relação à população em geral é a “ponte” entre usuários de drogas injetáveis e usuários de drogas não injetáveis, que podem transmitir o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, por meio de sexo e equipamentos para uso de drogas. Usuários de substâncias psicoativas muitas vezes

*Revista Saúde e Desenvolvimento | vol.6 n.3 | jul/dez 2014*

## *CRACK: O QUE SE SABE E O QUE DEVE-SE SABER SOBRE ESSA DROGA TÃO PODEROSA*

possuem feridas e rachaduras no nariz e boca, o que também poderia facilitar essa transmissão (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 66, 67).

Um estudo nacional de revisão mostrou que consumo de crack é firmemente associado à infecção pelo HIV. Os comportamentos de risco mais observados nessa população são o número elevado de parceiros, o sexo sem proteção e a troca de sexo por crack ou dinheiro para comprar a substância (DUAILIBI *et al*, 2008; RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 67).

A prática da troca de sexo por drogas é mais comum com mulheres, mas também pode ser encontrado em homens, independentemente da sua orientação sexual (DUAILIBI *et al*, 2008).

### **TRATAMENTO E PREVENÇÃO**

A realidade do usuário de crack que busca tratamento no Sistema de Saúde no Brasil é pouco conhecida, além disso, os tratamentos para esse tipo de usuário no Brasil costumam ser precários, e o número de pacientes que conseguem melhorar sua qualidade de vida e produtividade ainda é muito pequeno. A maioria dos usuários realiza um tratamento que em muitas ocasiões carece de acolhimento, acompanhamento, da realização de um plano de tratamento individualizado, fato que pode contribuir para os altos índices de desistência do tratamento (KESSLER, PECHANSKY, 2008).

Os usuários de crack são os que menos buscam ajuda entre os que utilizam drogas ilícitas (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 184), pois a droga é tão poderosa que é capaz de mudar o comportamento do usuário, deixando-o pouco disponível para o tratamento. Apresenta alta taxa de mortalidade, principalmente nos primeiros anos de consumo. O crack sobrecarregou um sistema de saúde que já se encontrava debilitado, carente de ambientes de tratamento específicos e de redes de atendimento integradas. Nenhum serviço ou equipamento de saúde isolado conseguirá responder às demandas do usuário de crack. Não há tratamento único, para o dependente de crack, por melhor que este seja (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 28).

O *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) propôs um modelo de tratamento, no qual seria ideal a utilização de vários tipos de abordagem, como: plano de trabalho, psicoterapia, monitoramento do consumo de drogas, equipe multidisciplinar e estruturas de apoio para os problemas de ordem psicossocial. Seria necessário também um centro de tratamento que conseguisse atender adequadamente a todas as demandas do paciente e de seus familiares nas diferentes fases do tratamento (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 28).

Outra forma de tratamento para dependência química, do ponto de vista didático, seria dividir em quatro etapas. Primeira etapa: a chegada e a recepção ao tratamento (realizadas pelas secretárias da instituição de saúde ou dos órgãos públicos de encaminhamento); segunda etapa: triagem ou uma avaliação mais detalhada (de acordo com o grau de especialização do local procurado pelo paciente); terceira etapa: construção e execução do plano de tratamento (todo modelo ou proposta de tratamento deve ter um fim, possibilitando a percepção dos ganhos obtidos); quarta etapa: alta e seus encaminhamentos (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 185).

É possível também dividir esse tratamento de acordo com seus principais objetivos. Não há, no entanto, uma divisão clara entre ambas, haverá ao longo do processo momentos de maior e de menor engajamento, requerendo abordagens motivacionais frequentes por parte de toda a equipe envolvida. A reintegração e reabilitação do paciente em sua comunidade é a principal finalidade do tratamento. A conclusão ou alta traz consigo não só a idéia de ganho e amadurecimento, mas implica igualmente encaminhamentos para novas jornadas terapêuticas (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 185).

Nos últimos 30 anos, inúmeros medicamentos foram testados para o tratamento da dependência de cocaína, mas os resultados foram ineficazes para a maioria. Entre os medicamentos que têm demonstrado algum efeito destaca-se o topiramato, o dissulfiram e o modafinil. O uso de medicamento pode tanto facilitar o início da abstinência e o engajamento nas terapias psicossociais, como tornar menos prováveis as chances de recaída (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p.371).

## *CRACK: O QUE SE SABE E O QUE DEVE-SE SABER SOBRE ESSA DROGA TÃO PODEROSA*

No entanto, a situação atual da psicofarmacoterapia da dependência não permite que ela ocupe papel de destaque no tratamento. A combinação da farmacoterapia com outras abordagens demonstra mais eficácia do que estratégias isoladas. O tratamento multidisciplinar é a melhor forma de intervenção nesses casos e permite uma resposta mais completa a necessidades dos usuários de cocaína e crack, que exigem abordagens mais intensivas e prolongadas do que os dependentes de outras substâncias (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 372).

Para que o custo social e a criminalidade sejam reduzidos, é preciso primeiramente reduzir a demanda por drogas. Deve haver iniciativas que estimulem as pessoas a não fazerem uso de substâncias e que auxiliem aquelas que começaram a usá-las a parar. Para os dependentes, o uso contínuo deve ser enfrentado, e o indivíduo e sua família devem ter suporte necessário para recuperação completa (RIBEIRO, LARAJEIRA, 2012, p. 633).

Assim, as políticas públicas devem reconhecer e considerar: que o consumo do crack se transformou em um problema de saúde pública de primeira ordem; que medidas urgentes são necessárias para proteger os usuários e sua família dos efeitos desta droga tão devastadora; que a dependência de qualquer droga, é uma doença crônica e que necessita de tratamento com múltiplos recursos e de longo prazo; que além do tratamento, a reinserção social de longo prazo é necessária; e que a participação do setor de autoajuda (Narcóticos Anônimos [NA], grupos familiares, organizações comunitárias e religiosas) deveria fazer parte da organização dessas políticas (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 634).

As políticas de prevenção englobam diversas atividades: a primeira delas seria na escola, cujos docentes e demais profissionais do âmbito escolar devem receber treinamento para implementação de estratégias de prevenção primária e abordagem de usuários, incluindo material didático apropriado; outra atividade seria intervenções precoces para o jovem e para sua família, resultando na redução de riscos associados a abuso de drogas, com menor exposição à violência (KENDALL apud PINTO, 2013); restrição da disponibilidade de drogas, em que o combate ao crime organizado fosse prioridade; redução da disponibilidade de drogas nas prisões, criando ambientes livres de drogas; deve ser dispensada atenção ao comércio pela internet; e recuperação do dinheiro e lucro obtido com o crime (GOVERNMENTE apud PINTO, 2013).

## **METODOLOGIA**

Foi realizada uma revisão bibliográfica desenvolvida por meio de material elaborado em livros, artigos, teses, dissertações ou publicações on-line. Segundo Gil (2002), a vantagem deste tipo de pesquisa é proporcionar ao pesquisador uma visão mais ampla a cerca da questão estudada (JUNIOR, 2012; COSTA, 2010). A consulta foi feita por meio de levantamento bibliográfico realizado em trabalhos publicados em periódicos nacionais, nos meses de dezembro/2013 e janeiro/2014. Um critério adotado foi à leitura seletiva dos resumos, para a eliminação das publicações que apresentavam poucas informações referentes às temáticas propostas para esta pesquisa. Os artigos que se referiam somente ao uso da cocaína ou outras substâncias psicoativas, sem especificar o crack, também foram excluídos.

## **CONCLUSÃO**

Um dos temas de maior destaque tem sido o crack. Essa droga merece um destaque especial devido aos efeitos que seu uso problemático tem trazido para a sociedade como um todo.

Cada vez mais pesquisadores adquirem interesse para a compreensão e a elaboração de estratégias para o enfrentamento do crack (VARGENS *apud* PEREIRA, JACOBY). Conforme constataram alguns pesquisadores (BRAJEVIC-GIZDIC *apud* PEREIRA, JACOBY), a busca ilimitada por prazer, curiosidade, fuga ou alívio da dor e sofrimento, além do objetivo de vivenciar novas experiências, são fatores que podem levar ao início do uso de drogas. Além disso, a permanência de uso pode cronificar o quadro e causar a dependência química (BRUSAMARELLO *et al*, *apud* PEREIRA, JACOBY).

O consumo de crack se transformou, nos últimos 25 anos, em um dos principais problemas de saúde pública em diversos países do mundo, assim como no Brasil (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p.15).

## *CRACK: O QUE SE SABE E O QUE DEVE-SE SABER SOBRE ESSA DROGA TÃO PODEROSA*

Com custo relativamente baixo e alto potencial para geral dependência química, o crack é a que tem causado as consequências mais nefastas na sociedade. A droga atinge a saúde física e mental do usuário. Mais que isso, de forma rápida, debilita laços familiares e relações sociais. Constitui aumento das taxas de criminalidade, violência e outros problemas sociais (ZANETTA, POLVERINI, 2011).

O principal objetivo do tratamento da dependência química, mais do que a abstinência, é a plena reabilitação psicossocial do usuário, dentro de seu grupo de convívio (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p.26).

O perfil dos consumidores, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas, com antecedentes de uso de múltiplas drogas e comportamento sexual de risco, dificulta sua adesão ao tratamento, sendo necessárias abordagens mais intensivas e diversificadas. Outras dificuldades do usuário para adesão ao tratamento é o não reconhecimento do consumo como um problema, passando pelo status de ilegal e a criminalidade relacionada a essas drogas, pela estigmatização e pelos preconceitos, pela falta de acesso ou pela não aceitação dos tipos de serviços existentes (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 36).

A dependência química foi considerada por muito tempo como uma doença masculina, no entanto, atualmente, o consumo de substâncias ilícitas e álcool são indiscriminados entre adultos e adolescentes. No caso do crack, até mesmo crianças de várias idades (ZANETTA, POLVERINI, 2011).

Também se acreditava que seu uso era mais comum em classes de baixa renda, mas hoje, a utilização do crack já ocorre em todas as classes sociais. As populações mais vulneráveis, como, moradores de rua, crianças e adolescentes são o maior grupo de risco (ZANETTA, POLVERINI, 2011).

Fatores psicossociais como isolamento social e vulnerabilidade à violência urbana contribuem para a manutenção do consumo, enfatizando como os processos sociais e fatores contextuais têm participação determinante nos padrões de uso dessa droga (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 40).

Um estudo nacional de revisão apontou que o consumo de crack está associado diretamente com a infecção pelo HIV, devido ao elevado número de parceiros, as relações

sexuais desprotegidas e o sexo comercial para adquirir a droga (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 67).

A maioria dos autores afirma que a abordagem deve ser multidisciplinar e dividida em etapa por meio de um modelo complexo de características biopsicossocial, enfocando as estratégias de prevenção e recaída. O uso de psicofármacos costuma auxiliar, apesar de ainda não haver uma medicação considerada eficaz para o uso do crack (KESSLER, PECHANSKY, 2008).

As políticas públicas brasileiras precisam ser direcionadas para a prevenção do consumo nessas populações, visando programas efetivos de prevenção de consumo de drogas ilícitas, atendendo à geopolítica das drogas. São necessários modelos de atenção capazes de reduzir o custo social das drogas e que consideram sua natureza biológica e psicossocial. É preciso integrar melhor a rede existente, incluindo um maior entrosamento entre a rede pública e os grupos de autoajuda e as comunidades terapêuticas que souberam se modernizar e adaptar às normas mínimas da Anvisa. Essas são ações simples, baratas e comprovadamente eficazes que poderão alterar de forma positiva o panorama da saúde pública em relação a essa substância nos próximos anos (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 37).

Para reduzir o custo social e a criminalidade, também é preciso reduzir a demanda por drogas. Deve haver iniciativas que estimulem as pessoas a não fazer uso de substâncias e que auxiliem aquelas que começaram a usá-las a parar. Para os que se tornaram dependentes, o uso contínuo deve ser enfrentado, e o indivíduo e sua família devem ter o suporte necessário para uma recuperação completa. Os serviços de tratamento para usuários de crack devem ser desenvolvidos como parte de um sistema integrado, adaptado à realidade do local onde estão sendo implementados (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012, p. 633, 634).

## REFERÊNCIAS

ALVES, K. **Estudo de estágios motivacionais em dependentes químicos a partir de um jogo terapêutico**. 2013. 14f. Curso de especialização em dependência química e promoção da saúde-Faculdade de Taquara, Taquara, 2013.

CEBRID. Centro Brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país-2005. Brasília: SENAD; 2006. Disponível em <<http://www.cebrid.epm.br>>. Acesso em 12 de jan. 2014.

COSTA, G.C.S. **Comparação de perfis socioeconômicos entre usuários de crack no Brasil: uma revisão bibliográfica**. 2010, 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

DUAILIBI, L.B; RIBEIRO, M. LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. **Caderno de saúde pública**. 2008, 4: 5545-5557. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s4/07.pdf>>. Acesso em 15 de jan. 2014.

FREIRE, S.D.; SANTOS, P.L.; BORTOLINI, M.; MORAES, J.F.D.; OLIVEIRA, M.S. Intensidade de uso de crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2012; 61(4):221-6. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v61n4/05.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

DIMENSTEIN, G. A pedagogia do crack. **Folha de São Paulo**. 2000. Disponível em <<http://www.oul.com.br/folha/dimenstein/gilberto/gd100700.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

JUNIOR, A.B. **Dependência do crack: repercussão para o usuário e sua família**. 2010, 35 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

JUNIOR, A.B. Dependência do Crack: Repercussões para o Usuário e sua Família. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. Ano 1, n. 2; jul.-dez 2012. Disponível em <<http://www.grupouninter.com.br/revistasaude/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/83>>. Acesso em: 20 de jan. 2014.

KESSLER, F; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista Psiquiátrica RS**. 2008; 30(2): 96-98. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03.pdf>>. Acesso em: 16 de dez. 2013.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R.R.; ANDRADA, N. C. Abuso e dependência: crack. **Revista Associação Médica Brasileira**. 2012; 58(2): 141-153. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n2/v58n2a08.pdf>>. Acesso em 5 de jan. 2014.

NONTICURI, A. R. **As vivências de adolescentes e jovens com o crack e suas relações com as políticas sociais protetoras neste contexto**. 2010, 143 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Sociais) – Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, 2010.

OLIVEIRA, L.C; NAPPO, S.A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista Psiquiátrica Clínica**. 2008; 35(6):212-8. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n6/v35n5a02.pdf>>. Acesso em 5 de jan. 2014.

PEREIRA, P.H.P; JACOBY, A. O Crack e suas Consequências: Uma revisão bibliográfica. Disponível em <<https://psicologia.faccat.br/blog/wp-content/uploads/2013/07/Paulo-Henrique-Pacheco-Pereira.pdf>>. Acesso em 28 de dez. 2013.

PINTO, A.C S. **Círculo de cultura com jovens usuários de cocaína/crack visando à prevenção do HIV/AIDS**. 2013, 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade federal do Ceará, Fortaleza, 2013.

PULCHERIO, G.; STOLF, A.R.; PETTENON, M.; FENSTERSEIFER, D.P.; KESSLER, F. Crack – da pedra ao tratamento. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 54(3): 337-343, jul.- set. 2010. Disponível em <[http://www.amrigs.com.br/revista/54-03/018-610\\_crack\\_NOVO.pdf](http://www.amrigs.com.br/revista/54-03/018-610_crack_NOVO.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2013.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artemed, 2012.

RODRIGUES, D. S. Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2008; 17(5): 1247-1258. Disponível em <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63023350018>>. Acesso em 8 de dez. 2013.

*CRACK: O QUE SE SABE E O QUE DEVE-SE SABER SOBRE ESSA DROGA TÃO PODEROSA*

RODRIGUES, V.S; HORTA, R.L.; SZUPSZYNSKI, K.P.D.R.; SOUZA, M.C.; OLIVEIRA, M.S. Revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para problemas relacionados ao crack. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 2013; 62(3): 208-16. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v62n3/05.pdf> >. Acesso em: 16 de dez. 2013.

SILVA, A.L.M.R. **Perfil de adolescentes e jovens usuários de crack à luz da teoria da intervenção praxica de enfermagem em saúde coletiva**. 2012, 76 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012.

ZANETTA, L.H.R; POLVERINI, V.L. **Cartilha sobre o Crack**. Conselho Nacional de Justiça, 2011.