

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM TÉCNICAS
LABORATORIAS EM SAÚDE

Ana Carolina Sousa Alves

OS EFEITOS DO USO ABUSIVO DO CRACK NA SAÚDE DO USUÁRIO

Rio de Janeiro

2016

OS EFEITOS DO USO ABUSIVO DO CRACK NA SAÚDE DO USUÁRIO

Ana Carolina Sousa Alves

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para aprovação no curso técnico de nível médio em saúde com habilitação em Análises Clínicas.

Orientadora: Mônica Mendes Caminha Murito

Rio de Janeiro

2016

*Dedico este trabalho à minha mãe,
Maria; à minha irmã, Ana Beatriz.*

AGRADECIMENTOS

A minha mãe, pelo amor, carinho, atenção e incentivo durante minha vida acadêmica e pessoal.

A minha irmã e as minhas madrinhas, pelo amor, carinho, preocupação e apoioem todos os momentos.

A Mônica, minha orientadora, pelas correções, carinho, atenção e dedicação na produção desse trabalho.

Aos meus amigos, em especial Felliipe, pelo apoio, auxilio e carinho durante nossa formação.

As professoras Flávia e Selma pela dedicação e transmissão de conhecimento.

A Escola Politécnica pelos momentos e aprendizado que este lugar me proporcionou.

“As drogas, mesmo o crack são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes.”

(Antônio Nery Filho)

RESUMO

A presente pesquisa foi realizada através de revisão bibliográfica e tem como objetivo estudar os efeitos do uso abusivo do crack na saúde do usuário e compreender o mecanismo de ação da droga. O crack é uma droga psicoativa derivada da cocaína, que surgiu em 1980, como uma forma mais barata, eficaz e segura que a cocaína, com alto potencial de vício, e atingiu distintas classes sociais e gêneros. A droga causa sensação de euforia e prazer, aumenta o estado de vigília e insônia e a frequência cardíaca. Esses efeitos iniciam em média após oito e dez segundos da inalação e duram cerca de cinco minutos, fator que favorece um ciclo. O uso abusivo do crack causa graves problemas a saúde dos usuários, os quais se afastam da família, são excluídos socialmente e são vítimas de preconceito. A droga se configurou em um grave problema de saúde pública devido aos danos associados ao seu consumo à saúde do usuário, ao aumento de usuários em grupos sociais específicos e a formação das crackolândias em cidades brasileiras e também envolve questões de assistência social, segurança e educação. Os resultados do estudo apontam para a necessidade da ampliação da rede de cuidado e tratamento aos usuários de crack e para o investimento em políticas públicas de redução de danos.

Palavras-Chave: Cocaína; crack; transtornos relacionados ao uso de cocaína; efeitos adversos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS	9
1.2 REDUÇÃO DE DANOS.....	12
1.3 CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS	14
2 O CRACK	16
2.1 HISTÓRICO	16
2.2 OBTENÇÃO	18
2.3 FORMAS DE USO	20
2.4 EPIDEMIOLOGIA.....	21
2.5 CENAS DE USO.....	22
2.6 POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO CRACK.....	23
2.7 FARMACOLOGIA E MECANISMO DE AÇÃO	25
3 OS EFEITOS DO USO ABUSIVO DO CRACK NA SAÚDE DO USUÁRIO	28
3.1 COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS E PULMONARES.....	29
3.2 COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS	30
3.3 COMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS.....	31
3.4 COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES.....	32
3.5 COMPLICAÇÕES GASTROINTESTINAIS	33
3.6 EFEITOS SOBRE O FETO E A GESTAÇÃO.....	34
3.7 INFECÇÕES	36
3.8 OUTROS EFEITOS	36
3.9 EFEITOS SOCIAIS.....	37
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

1 INTRODUÇÃO

Desde a pré-história era comum o uso de substâncias como álcool e o ópio, que alteravam o funcionamento do cérebro humano, cujo objetivo de consumo era alcançar prazeres, estados de êxtase místicos e religiosos que eram compartilhados pela sociedade (FONSECA & BASTOS, 2012).

Egípcios, gregos e romanos utilizavam o ópio para atividades religiosas e recreativas, enquanto outras populações como romanos, árabes e ingleses utilizavam a tintura de ópio na forma medicinal para tratar diarreias e disenterias. No século XVI, o ópio passou a ser utilizado de forma medicinal em vários países da Europa, principalmente na Inglaterra, e até o século XIX foi amplamente usado, pois não tinha evidências que esta substância causasse danos à saúde (FONSECA & BASTOS, 2012).

Substâncias psicoativas não são usadas somente pela sociedade humana, animais também ingerem diversas folhas, plantas, frutos e raízes que alteram seu comportamento, sua percepção e que tem também capacidade de embriaguez (FONSECA & BASTOS, 2012).

As bebidas alcoólicas são utilizadas desde 6000 a.c e estavam ligadas a divindade, sendo um dos fatores que contribuiu para a persistência do consumo do álcool e para sua aceitação social. Nesse período, o teor alcoólico das bebidas era baixo, pois eram obtidos somente a partir do processo de fermentação. Entretanto, na Europa a partir da Idade Média os árabes introduziram o processo de destilação, junto a esse processo surgiram novas bebidas com teor alcoólico maior, que passaram a serem considerados remédios, pois diminuía as dores e as preocupações, tornando-se mais eficiente do que a cerveja e o vinho, sendo denominado de uísque (água da vida) (SENAD & CEBRID, 2011).

Após a revolução industrial aumentou-se o consumo das bebidas alcoólicas e a oferta, contribuindo para dependência e transtornos a saúde que duram até hoje (SENAD & CEBRID, 2011).

Durante o século XIX, a cocaína começou a estimular o interesse de diversos países, principalmente os da Europa por conta de seus efeitos anestésicos e estimulantes. A droga é extraída da folha *Erythroxylum coca*, que é usada a milhares de anos para benefício dos povos que viviam na região andina na América do Sul, na forma

de chá ou mascada. Ao ser levada para Europa muitos produtos foram criados a partir dessa matéria-prima como o vinho Mariani e a Coca Cola. A partir do século XX por conta do movimento proibicionista a cocaína passou a ganhar visões negativas o que logo acarretou a sua proibição (FONSECA & BASTOS, 2012).

Substâncias como a cocaína e o ópio, que até a metade do século XIX eram livres para o comércio e o consumo assim como seus derivados, atualmente são proibidas de serem comercializadas e consumidas (FONSECA & BASTOS, 2012).

Segundo Berridge e Edward (1981), *apud* Fonseca e Bastos (2012) o fato do consumo de drogas ter se tornado um problema a partir do século XX não está relacionado apenas as propriedades das substâncias, mas também ao contexto social e econômico e ao seu uso específico como as mortes ocasionadas pelo uso inadequado dessas substâncias que levaram ao questionamento de seu uso livre.

Desse modo, este trabalho objetivou identificar e apontar os efeitos do uso abusivo do crack na saúde do usuário, assim como compreender o mecanismo de ação da droga, através de revisão bibliográfica de livros, artigos, revistas e periódicos da literatura específica.

1.1 LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

O controle do uso de drogas iniciou no século XIX com o movimento proibicionista nos Estados Unidos que almejava a restrição total do consumo de bebidas alcoólicas uma vez que a produção e o consumo dessas bebidas aumentavam significativamente. Esse movimento também almejava a extinção do consumo e do comércio de ópio, que levou o país a liderar a campanha de proibição dessa substância, com organização de convenções e reuniões internacionais para debater o assunto. Ainda tiveram campanhas proibicionistas de substâncias como a cocaína e outras que pudessem causar dependência química, levando o proibicionismo a predominar em diversos países (ALVES, 2009).

De acordo com ALVES (2009), o discurso proibicionista baseava-se no modelo moral, criminal e de doença, ou seja, o consumo de drogas estava relacionado à criminalidade e a imoralidade contribuindo para as prisões dos usuários e comerciantes de drogas. Além de ser considerada uma patologia que foi determinada biologicamente, cuja cura baseava-se na reabilitação e abstinência do usuário.

No século XX ocorreram três convenções internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU) sobre drogas, que foram importantes para contribuição das políticas mundiais e nacionais. Essas convenções foram apoiadas e aprovadas por 160 nações, dando impulso para que houvesse limitações no comércio e no consumo de substâncias psicoativas definindo as substâncias em lícitas e ilícitas de forma mundial, dificultando sua posse, distribuição e combate ao tráfico de drogas reafirmando o discurso proibicionista. Elas também tiveram o objetivo de delimitar as substâncias ou drogas que poderiam ser utilizadas em práticas médicas e científicas (ALVES, 2009; FONSECA & BASTOS, 2012).

As decisões tomadas nessas convenções foram colocadas em prática em diversos países, conseqüentemente os usuários passaram a ser criminalizados pelo consumo, o que acarretou a “psiquiatrização” do uso de drogas. O usuário se tornou objeto de internações compulsórias¹ e alvo de tratamentos que se baseavam na sua exclusão social e na medicalização com objetivo de alcançar a abstinência. Desde então a questão do uso de drogas é relacionada à criminalidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; SANTOS & OLIVEIRA, 2012).

No entanto, apesar de terem sido apoiadas por diversos países, a partir dos anos 80, as políticas de drogas oriundas dessas convenções entraram em crise, visto que o movimento de redução de danos crescia assim como a epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis. Outro fator que levou a crise foi a insatisfação com as políticas que criminalizavam e puniam os usuários, além de não dar conta do crescente consumo de maconha, uma vez que essa droga ganhou aceitação social a partir dos anos 60 levando ao aumento do seu consumo e cultivo (FONSECA & BASTOS, 2012).

No final do século XX, a epidemia de AIDS, em diversos países principalmente na China e no Leste Europeu estava relacionada aos usuários de drogas injetáveis, devido ao compartilhamento de materiais para essa prática. Estudos revelam que 44% da população com HIV na China contraiu o vírus por conta de seringas e agulhas contaminadas, uma vez que a disseminação por meio desses materiais é rápida e extensa. Esses fatores contribuíram para que os usuários de drogas injetáveis fossem mal vistos pela sociedade e marginalizados levando a sua exclusão e diminuindo o interesse do usuário na procura de serviços sociais e de saúde. Esse processo dificultou a atenção ao usuário e contribuiu para que o compartilhamento de materiais

¹ Aquelas determinadas pela Justiça (COELHO & OLIVEIRA, 2014).

contaminados continuasse e, conseqüentemente prevalecesse o consumo em locais isolados e sem higiene (FONSECA & BASTOS, 2012).

No Brasil, a estratégia de guerra às drogas declarada pelos Estados Unidos influenciou as medidas tomadas pelo governo Brasileiro com o intuito de criar uma sociedade livre de drogas. No país não existia qualquer regulamentação sobre drogas ilícitas até a década de vinte, quando foi publicada a primeira lei antidrogas que punia os usuários que não seguissem as recomendações médicas, e os tornavam alvos de internações compulsórias e encarceramentos. Até a década de oitenta, a temática do uso de drogas não foi campo da saúde pública, permanecendo no campo da justiça e da segurança, cuja repressão e punição eram modelos que não se baseavam na prevenção (MACHADO & BOARINI, 2013).

A partir de 1985, com a crise da estratégia de guerra às drogas, o Brasil conseguiu preencher a lacuna que existia entre a justiça e a saúde nesse campo, passando a criar políticas públicas voltadas aos seus usuários (MACHADO & BOARINI, 2013).

Em 2003 foi publicada pelo Ministério da Saúde *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*, que se baseia nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica visando à inclusão do usuário no tratamento, atenção integral e formação de Centros de Apoio Psicossocial álcool e outras drogas (CAPSad), que propõem atenção diária aos usuários de drogas e substituem os hospitais psiquiátricos, disponibilizando profissionais para acompanhamento médico e psicológico que se baseiam na política de redução de danos. Junto a essa política, o Ministério da Saúde reconheceu o atraso histórico do SUS no reconhecimento da responsabilidade dos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas (MACHADO & MIRANDA, 2007; SANTOS & OLIVEIRA, 2012).

Com a Reforma Psiquiátrica, foi aprovada a Lei Federal nº 10.216/ 2001 que determinou que os usuários de drogas fossem responsabilidade da saúde pública, especialmente da saúde mental, assegurando direito à saúde e à proteção do usuário dependente de drogas (MACHADO & BOARINI, 2013).

Em 2005 foi aprovada a Política Nacional Sobre Drogas pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) que previam que o uso abusivo de substâncias era um problema de saúde pública, desse modo os usuários passam a ter acesso ao tratamento, a recuperação e a reinserção social (SANTOS & OLIVEIRA, 2012).

Apesar da evolução no tratamento do usuário de álcool e outras drogas, novas substâncias foram criadas e entraram em circulação, complicando o acesso ao tratamento e a prevenção como é o caso do crack e do oxi, ambos derivados da cocaína que são mais potentes uma vez que proporcionam maiores sensações de prazer, no entanto, são responsáveis por causarem mais complicações a saúde do usuário (SANTOS & OLIVEIRA, 2012).

Tendo em vista a emergência dessas novas drogas em 2010 o Ministério da Saúde e outros órgãos estabeleceram o *Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas*, cujos objetivos são prevenir o uso de crack e outras drogas, combater o tráfico dessas substâncias e garantir a reinserção social dos usuários com participação da família (SANTOS & OLIVEIRA, 2012).

1.2 POLÍTICA DE REDUÇÃO DE DANOS

Em 1980, na Holanda foi fundado o *Junkiebond*, movimento social que reivindicava melhores condições de saúde e de vida aos usuários e dependentes de drogas, de modo que passou a intermediar discussões entre o governo e os usuários. Em 1984, o governo holandês começou a disponibilizar agulhas e seringas por conta do aumento do número de casos de infecções de HIV entre essa população, fator que contribuiu para o surgimento da estratégia de redução de danos (ALVES, 2009; MACHADO & BOARINI, 2013).

O sucesso que a Holanda obteve por conta da disponibilização de seringas e agulhas estéreis aos usuários de drogas injetáveis foram importantes na diminuição de casos de infecções por HIV entre esse grupo, e colaborou para que a estratégia de redução de danos fosse aceita em outros países como a Austrália, o Canadá, a França, a Escócia e a Inglaterra (ALVES, 2009; MACHADO & BOARINI, 2013).

A estratégia de redução de danos iniciou no Brasil no ano de 1989 na cidade de Santos, por conta dos elevados números de usuários de drogas injetáveis com AIDS, levando a distribuição de seringas e agulhas estéreis. No entanto, gerou grandes polêmicas sobre o gasto do dinheiro público e incentivo ao uso de drogas ilícitas (MACHADO & BOARINI, 2013).

Em 1994, o Ministério da Saúde declarou junto ao Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP) que a estratégia de redução de danos era meta a ser alcançada no auxílio à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis,

especialmente a AIDS e hepatites entre os usuários de drogas injetáveis (MACHADO & BOARINI, 2013).

Apesar da estratégia de redução de danos estar sendo incluída nas políticas públicas sobre drogas as experiências práticas mostram que muitas vezes o foco na prevenção de doenças é posto em detrimento as questões sociais como violência, exclusão e preconceito no que diz respeito aos usuários de drogas (MACHADO & BOARINI, 2013).

O Ministério da Saúde no Brasil define redução de danos como:

Redução de Danos (RD) é uma estratégia de saúde pública pautada no princípio da ética do cuidado, que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas. A abordagem da RD reconhece o usuário em suas singularidades e, mais do que isso, constrói com ele estratégias focando na defesa de sua vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A redução de danos se baseia na lógica de que o usuário de droga que não consegue ou não pretende interromper o consumo da substância deve ter direito de acesso ao cuidado e a saúde de acordo com os princípios do SUS, universalidade, equidade e integralidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Para MACHADO & BOARINI (2013), a redução de danos tem um formato mais humanitário em contraponto ao proibicionismo, uma vez que não estabelece a abstinência como finalidade para o tratamento do uso de drogas e prevê que a atenção a saúde chegue ao usuário em qualquer lugar e que este participe do seu tratamento. Assim, a redução de danos é construída em conjunto e em defesa dos usuários de drogas.

Para que a estratégia de redução de danos seja aplicada a uma população específica é necessário mapear as estratégias que serão utilizadas, e quais os danos se desejam minimizar, a fim de estabelecer uma relação entre o usuário, a droga e os danos associados ao seu consumo, além de estabelecer comunicação entre os profissionais e os beneficiados (MACHADO & BOARINI, 2013).

No âmbito do uso de crack, as estratégias possíveis de redução de danos que podem ser empregadas são a disponibilização de cachimbos próprios para consumo, com o objetivo de evitar o uso da droga em cachimbos improvisados com latas de alumínio, distribuição de piteiras de silicone, protetor labial, informações e educação sobre doenças sexualmente transmissíveis e hepatites, distribuição de preservativos e

projetos sociais que envolvam a arte e o trabalho grupal (MACHADO & BOARINI, 2013).

A pesquisa de Jorge *et al* (2013) mostrou que outra possível estratégia de redução de danos no que diz respeito ao crack está na associação da droga com a maconha, visto que, estudos mostram que essa combinação diminui a fissura que o usuário sente quando consome a droga pura, e atua como paliativo aos efeitos negativos associados ao consumo de crack. Contudo, existem críticas quanto à associação de duas drogas que pode ser mais prejudicial ao usuário que se tornara usuário compulsivo da mesma forma.

No Brasil, estratégias de redução de danos foram implementadas entre os usuários de crack e de drogas injetáveis, cujo objetivo é a prevenção da transmissão e do contágio de doenças sexualmente transmissíveis, redução de riscos e danos relacionados ao consumo da substância e vinculação dos usuários a rede de saúde, além da incorporação dos usuários a rede de redução de danos (SILVA *et al*, 2009).

1.3 CLASSIFICAÇÃO DAS DROGAS

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define droga como qualquer substância que seja capaz de modificar o funcionamento do organismo e que tem a capacidade de alterar um ou mais de seus sistemas (NICASTRI, 2011).

Desse modo, as drogas nem sempre são substâncias que fazem mal ao organismo, alguns medicamentos que auxiliam no tratamento de doenças são considerados de acordo com a definição da OMS drogas. No entanto, existem substâncias tóxicas que fazem mal ao organismo e que alteram o funcionamento do cérebro, como as psicotrópicas (NICASTRI, 2011).

As drogas psicotrópicas são as que interferem no funcionamento do sistema nervoso central. O significado da palavra psicotrópica está relacionado à atração pelo psiquismo, logo as drogas psicotrópicas são as que atuam no cérebro do usuário, modificando o seu funcionamento. Cada droga atua de forma diferente sobre o psiquismo, e por isso são divididas em: estimulantes, perturbadoras e depressoras (SENAD & CEBRID, 2011).

As drogas estimulantes, também denominadas psicoanalépticos, noanalépticos e timolépticos, são as que estimulam a atividade do Sistema Nervoso Central, ou seja, aumentam e aceleram a atividade cerebral, como consequência o usuário fica agitado, excitado, com perda de sono (insônia), perda de apetite, eufórico e em estado de alerta.

Nesse grupo de drogas encontram-se a cocaína, o crack e as anfetaminas (KREISCHE *et al*, 2012).

As drogas depressoras ou psicolépticos são as drogas que diminuem e deprimem a atividade do Sistema Nervoso Central, deixando o usuário desinteressado, lento e desligado. Nesse grupo encontramos o álcool, os barbitúricos (calmantes e sedativos), os benzodiazepínicos (tranquilizantes), o “loló”, a morfina e a heroína. O álcool, apesar de parecer uma substância estimulante por conta da euforia e do humor do usuário, é uma droga depressora, pois após seus efeitos iniciais o usuário perde a coordenação motora e apresenta aumento do sono e quando consumido exageradamente pode levar ao coma (SENAD & CEBRID, 2011).

As drogas perturbadoras ou psicoticomiméticos, psicodélicos, alucinógenos e psicometamórficos, são capazes de causar delírios e alucinações no usuário alterando a qualidade da atividade cerebral como, por exemplo: a maconha, ecstasy e o LSD (KREISCHE *et al*, 2012).

Segundo a legalidade, as drogas podem ser classificadas em lícitas e ilícitas. As drogas lícitas são as que podem ser comercializadas e consumidas de forma legal, como o álcool, o cigarro, os benzodiazepínicos e anorexígenos. Apesar disso, estas substâncias podem ser restritas a determinados grupos como o álcool que só pode ser vendido e consumido por pessoas maiores de 18 anos e alguns remédios que só podem ser comprados com a receita médica. Já as drogas ilícitas são proibidas legalmente de serem consumidas e comercializadas, e é considerado crime, como a cocaína, o crack, a maconha, a heroína, o LSD e o ecstasy (NICASTRI, 2011; ALARCON 2012).

Do ponto de vista da origem, as drogas podem ser classificadas em: naturais, como o álcool, a cocaína, a maconha, o ópio e a cafeína ou as sintéticas como LSD, Ecstasy, anfetaminas, inalantes e sedativos (ALARCON, 2012).

2 O CRACK

2.1 HISTÓRICO

O crack é uma droga recente derivada da cocaína, que surgiu na década de 1980, em bairros pobres e localizados no subúrbio das cidades de Los Angeles, Nova Iorque e Miami nos Estados Unidos, que eram habitados principalmente por uma população de classe econômica baixa, negros e latinos (RAUPP, 2011; ALARCON, 2012).

Todavia, antes do advento do crack, houve a criação de outra droga derivada da cocaína que é considerada seu precursor. Essa droga foi denominada como cocaína de base livre ou *freebasing*, a qual era obtida através da adição de éter sulfúrico à cocaína refinada em meio aquoso altamente aquecido. No entanto, o *freebasing* não obteve sucesso no comércio, uma vez que havia riscos de explosões durante a sua produção devido à combinação do éter que é inflamável com as formas de produções clandestinas. Esse fator contribuiu para que a droga fosse produzida apenas de forma caseira e logo para o seu desuso (PERRENOUD & RIBEIRO, 2010; ALARCON, 2012).

Nesse período as políticas proibicionistas estavam interditando os laboratórios de refino da cocaína, e coibindo o comércio de solventes essenciais na transformação da pasta base em cocaína, como o éter e a acetona. Desse modo, essas políticas foram fatores que contribuíram na criação do crack, uma droga mais barata cujos efeitos são imediatos e potentes (RAUPP, 2011; ALARCON 2012).

Conforme RAUPP (2011), devido ao contexto histórico em que as drogas e principalmente a cocaína estavam sendo alvo de proibições, a invenção do crack foi uma alternativa que os traficantes encontraram para contornar o enfraquecimento no comércio dessa droga.

O crack tornou-se acessível à população das classes econômicas baixas pela sua produção usar pequenas porções de cloridrato de cocaína, o que dificultava o acesso a cocaína em pó devido ao seu elevado preço, de modo que o número de usuários entre essa população aumentou. Contudo, o consumo de crack também aumentou entre as classes médias e altas norte-americanas principalmente por conta da proibição do comércio da cocaína em pó (RAUPP, 2011; ALARCON, 2012).

Uma vez que a euforia e o prazer eram mais intensos e agradáveis aos usuários, tornava-se difícil consumi-lo somente uma vez, de forma que o uso era prolongado (OLIVEIRA & NAPPO, 2008).

Além dos efeitos agradáveis, a expansão do uso do crack também ocorreu por conta da sua fácil administração pela inalação e por tornar-se mais segura devido as infecções por HIV que acometiam os usuários de cocaína injetável (SCHAURICH *et al*, 2012).

Os Estados Unidos tornou-se durante anos o maior mercado consumidor mundial de cocaína e de seus derivados. Atualmente, de acordo, com dados da ONU percebe-se que a procura por cocaína e seus derivados tem apresentado declinação em alguns países dentre eles os Estados Unidos, apesar de ter aumentado em outros, como Espanha, Reino Unido, Itália, Venezuela, Equador, Brasil, Argentina, Uruguai, Guatemala, Honduras, Jamaica e Haiti (PERRENOUD& RIBEIRO, 2010).

No que diz respeito à cocaína e seus derivados, o Brasil não havia qualquer índice de abuso ou dependência da droga até início do século XX, de forma que produtos e medicamentos que continham a substância eram vendidos em farmácias para disfunções como tosse e laringite (IANNELLI & ASSIS, 2015).

O primeiro caso de uso do crack no Brasil ocorreu na zona leste da cidade de São Paulo, em 1989. Nesse período a atenção do governo estava voltada aos usuários de drogas injetáveis, devido aos casos de infecção por HIV entre esse grupo (OLIVEIRA & NAPPO, 2008; SCHAURICH *et al*, 2012; JORGE *et al*, 2013).

De acordo com OLIVEIRA & NAPPO (2008), a primeira apreensão da droga ocorreu em 1991, aumentando progressivamente de 204 registros em 1993 para 1.906 em 1995, revelando a rápida popularização da droga no país. Esse processo também ocorreu por conta da estratégia de traficantes.

Uma vez que o crack era uma droga nova e desconhecida, com o objetivo de aumentar o seu comércio traficantes diminuíram a disponibilidade de outras drogas e aumentaram a do crack nos locais de venda, de modo que os usuários passaram a consumir o crack devido à falta de alternativa (OLIVEIRA & NAPPO, 2008; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2016).

A rápida expansão do crack no país está relacionada ao baixo preço, efeitos potentes e agradáveis e a alta disponibilidade no mercado de drogas ilícitas (RAUP & ADORNO, 2011).

Assim como ocorreu na América do Norte, em consequência de seu baixo custo, o consumo da droga no Brasil atingiu todas as classes sociais, moradores da periferia e das cidades grandes, sendo consumido também por jovens de classe média e altas das

capitais especialmente no Rio Grande do Sul (RAUPP, 2011; SCHAURICH *et al*, 2012).

Além disso, o consumo da droga não está restrito somente as capitais brasileiras. Na primeira década do século XXI, o uso da droga se expandiu para as pequenas cidades e áreas rurais do país, como no interior dos estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul, e principalmente entre trabalhadores que realizam o corte da cana de açúcar e colheita de batatas (RAUPP, 2011).

Conforme XAVIER *et al* (2015), o Brasil é um dos poucos países em que o uso de cocaína e crack está aumentando, em virtude da fronteira que o país faz com regiões produtoras como a Bolívia, de modo que facilita a distribuição das drogas no país. O estudo mostrou também que cerca de 1% da população brasileira faz uso de cocaína, dos quais cerca da metade em forma de crack.

2.2 OBTENÇÃO DO CRACK

A cocaína é obtida por meio do alcalóide de cocaína que é extraído da planta *Erythroxylum coca*. A extração do alcaloide ocorre em duas etapas. Na primeira há a maceração ou pulverização da planta com solvente, que pode ser o álcool, a benzina, a parafina ou o querosene, ácido sulfúrico diluído e carbonato de sódio, formando a pasta básica de cocaína, composta 90% de sulfato de cocaína. Na segunda etapa a pasta é misturada ao ácido clorídrico, ao éter e a acetona e passa por um processo de filtração, que resulta no cloridrato de cocaína (DONATO *et al*, 2010; ALARCON, 2012).

O cloridrato de cocaína é um composto com aspecto salino e branco, conhecido como cocaína em pó, que pode ser inalado, solúvel em água que ao ser misturado com tal pode ser administrado pela via intravenosa. Para que renda mais e dê mais lucro é comum misturar outras substâncias ao cloridrato de cocaína como açúcares, talco e anfetaminas (DONATO *et al*, 2010).

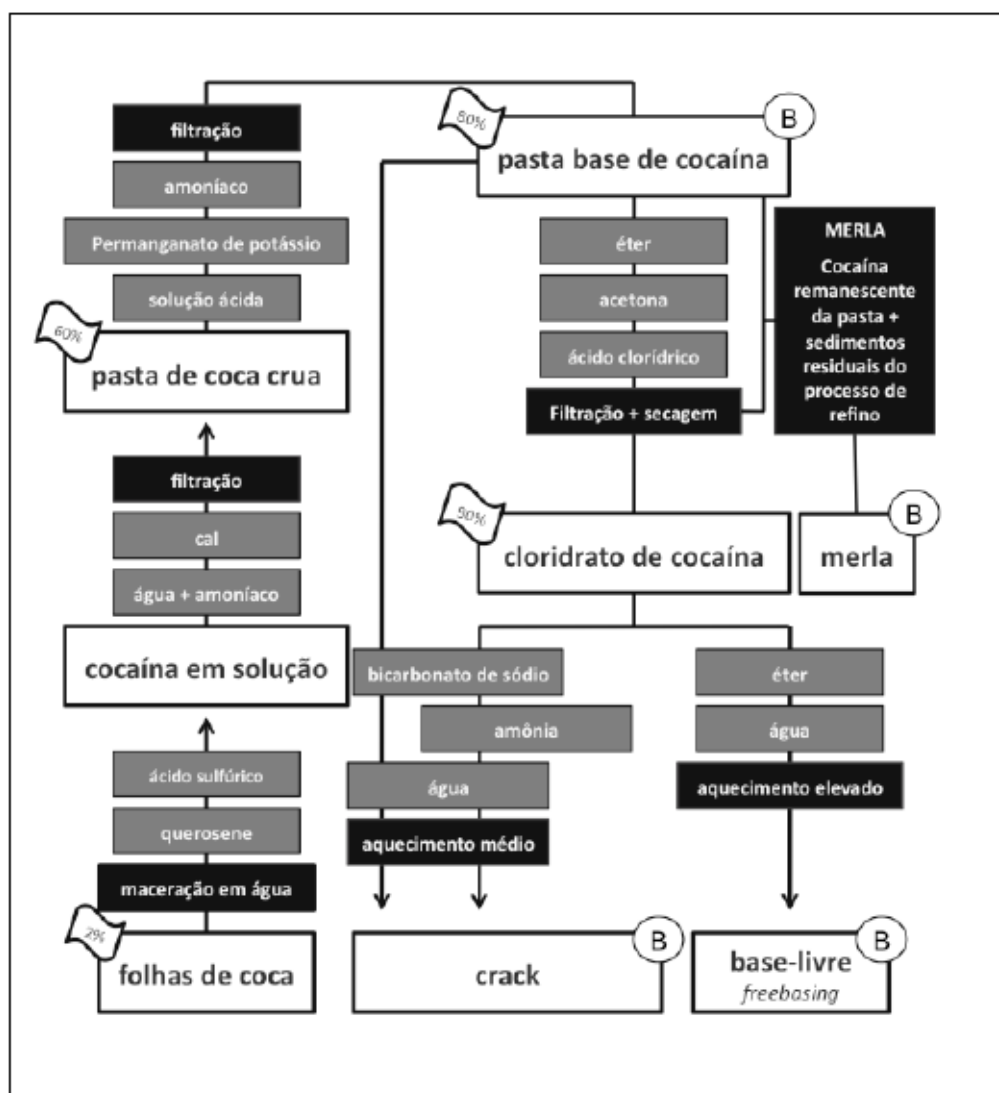
O crack pode ser obtido por dois meios: através do cloridrato de cocaína, no qual é adicionado água quente, amônia ou bicarbonato de sódio transformando-se em crack com aquecimento médio, ou através da pasta básica que é aquecida diretamente com o bicarbonato de sódio produzindo o crack (DONATO *et al*, 2010; ALARCON, 2012).

O crack é um produto sólido e volátil, insolúvel em água, que só pode ser administrado através do aquecimento da droga e inalação da fumaça produzida (ALARCON, 2012).

Existem outras formas de apresentação da cocaína que podem ser fumadas além do crack: o *freebasing* e a merla. A diferença entre o crack e o *freebasing* está na substituição do éter pelo bicarbonato de sódio, amônia e água na produção do primeiro. Já a merla é uma droga composta pelos resíduos da fabricação do cloridrato de cocaína misturada com substâncias tóxicas como solução de bateria (DONATO *et al*, 2010).

A figura a seguir mostra o processo de obtenção da cocaína e de seus derivados:

Figura 1- Etapas do processo de produção dos derivados de cocaína. Nas bandeiras está a concentração média de cocaína nas principais etapas do refino. Em meio alcalino ou básico (B) cocaína se desprende de sua forma salina e precipita na forma de cristais, cujo ponto de sublimação torna possível seu consumo pela via pulmonar.



Fonte: Donato *et al*, 2010.

Os primeiros usuários de crack o produziam de forma caseira, em locais abandonados e precários, denominados *crack houses*, através da conversão do cloridrato

de cocaína, que estabelecia inicialmente formato de “casca”. Posteriormente, a droga passou a ser produzida pelos traficantes constituindo o formato de “pedras” tais como são consumidas atualmente. O nome dado a droga refere-se aos estalos característicos que as pedras emitem quando são aquecidas (OLIVEIRA & NAPPO, 2008; PERRENOUD& RIBEIRO, 2010; LUCCA, 2012).

Figura 2: Pedras de Crack.



Fonte: SENAD, 2012.

Segundo Oliveira & Nappo (2008), apesar de quase duas décadas após o surgimento do crack em São Paulo, a droga não sofreu alterações expressivas em seu valor, o que sugere que a qualidade da droga tem mudado.

No Brasil existem grandes quantidades de pontos de vendas e distribuição do crack e devido a forma clandestina da sua produção não há controle sobre sua composição química de forma que podem ser adicionadas substâncias tóxicas como cal, cimento, querosene, ácido sulfúrico, acetona, amônia e soda cáustica que alteram o nível de pureza da droga em relação a concentração de cocaína e aumentam o risco de interações que põem em risco a saúde e a vida do usuário (OLIVEIRA & NAPPO, 2008; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

2.3 FORMAS DE USO

O crack é um subproduto da cocaína que pode ser fumado. A lata de alumínio é o principal objeto utilizado no seu consumo. Contudo, a droga pode ser fumada também em cachimbos improvisados com tubos de PVC e garrafas pets e em maricas, conforme mostra a figura 3. O seu uso em latas de alumínio ou em cachimbos improvisados intensifica e acelera o processo em que a substancia é absorvida pelo organismo, e permitem que seja inalada maior quantidade de fumaça produzida pelo aquecimento da droga (JORGE *et al*, 2013; MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2016).

Figura 3: Objetos usados para consumo do crack



Fonte: Filho *et al*, 2013.

Muitos usuários repetem o uso da substância no mesmo recipiente, onde se utiliza a lata de alumínio aquecida causando feridas no tecido cutâneo e na língua, nos lábios, no rosto e nos dedos do usuário. Além disso, o consumo da droga em recipientes de alumínio aumenta o nível sérico de alumínio, que pode levar a intoxicação e prejuízos neurológicos irreversíveis (JORGE *et al*, 2013).

O compartilhamento das latas de alumínio entre usuários com feridas, pode causar a transmissão de doenças infectocontagiosas, dentre elas, a hepatite, aids, sífilis, herpes e gonorreia. O risco entre as mulheres usuárias pode ser mais grave, tendo em vista que podem trocar sexo oral desprotegido pela droga aumentando a chance de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (JORGE *et al*, 2013).

Alguns usuários costumam misturar a droga ao tabaco, denominando essa combinação de pitilho. Outra associação comum com a droga é a combinação com a maconha, conhecida como mesclado (JORGE *et al*, 2013).

Em sua pesquisa Jorge *et al* (2013) mostrou que o usuário que faz uso somente do crack tem mais dificuldade em relação ao usuário que utiliza o mesclado em controlar o seu uso. Tendo em vista que o uso do mesclado diminui a fissura que o usuário sente quando comparado ao consumo do crack puro. A associação com a maconha prolonga os efeitos do crack mesmo utilizada na forma de mesclado ou após o uso do crack puro.

2.4 EPIDEMIOLOGIA

No Brasil, em 2005 foi realizado um segundo Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) em 108 cidades do país, que mostrou de maneira geral que a população

brasileira faz pouco uso de crack. No entanto, o consumo dessa substância progrediu em relação ao primeiro Levantamento Domiciliar realizado em 2001 sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas (LUCCA, 2012; CRUZ *et al*,2014).

A pesquisa revelou que 0,7% dos entrevistados relataram terem feito uso do crack ao menos uma vez na vida, o que representava cerca de 380 mil pessoas, que eram na maioria das vezes homens entre 25 e 34 anos de idade e de baixo nível socioeconômico. A prevalência do consumo de cocaína era de 2,9% entre os entrevistados, enquanto a do crack foi 1,5% (LUCCA, 2012; CRUZ *et al*,2014).

Em 2012, a Fundação Oswaldo Cruz realizou uma pesquisa nacional sobre o uso do crack, com o principal objetivo de descrever o perfil dos usuários de crack em cenas abertas de consumo. A pesquisa mostrou que a maioria dos usuários são homens jovens com idades entre 18 e 24 anos, auto declarados não-brancos, solteiros, com escolaridade entre a quarta e a oitava série do ensino fundamental e com baixas condições econômicas o que mostra a fragilidade e a relação do preço da droga com o perfil dos usuários (BERTONI & BASTOS, 2014).

Entre os entrevistados 78% apresentaram o desejo de se tratar indicando serviços básicos de saúde e outros de caráter social como hospedagem, alimentação, higiene pessoal e requalificação profissional, ressaltando a importância da ampliação das redes de cuidado e tratamento para as cenas abertas de consumo da droga (BERTONI & BASTOS, 2014).

Somente 2% relataram ter acessado alguma ação de redução de danos nos 30 dias anteriores à pesquisa, embora 82% tenha demonstrado interesse por esse tipo de cuidado. E 27% informaram ter acessado algum tipo de serviço de saúde nos 30 dias anteriores à pesquisa (BERTONI & BASTOS, 2014).

2.5 CENAS DE USO

As “cracolândias” são cenas abertas de consumo de drogas, especialmente de crack, que passaram a ganhar destaque nacional devido a grande mobilização de opiniões públicas e meios de comunicação sobre o número de usuários que aumentou significativamente nesses espaços urbanos (BARCELLOS & SILVA, 2014; BASTOS & BERTONI, 2014).

De acordo com o SENADO (2016), as cracolândias são os lugares em que depois que há a destruição dos laços entre o indivíduo, a sua família e seus amigos, os

usuários de crack vão para se reunir a outros usuários passando a comprar e consumir a droga imediatamente sem voltar para casa e favorecendo a compulsão por mais doses da droga.

As crackolândias são localizadas geralmente nos centros de grandes cidades como São Paulo e Rio de Janeiro, e em contraponto a imagem vinculada na mídia de que são os principais locais de consumo do crack, estudos mostram que os locais de uso da droga não estão concentrados apenas na crackolândia, mas também nas próprias casas e apartamentos dos usuários, além de outros locais (JORGE *et al*, 2013).

Os consultórios de rua são importantes instrumentos de saúde que garantem direito ao acesso aos serviços de atenção primária a saúde a população de rua e aos usuários de crack (ENGSTROM & TEIXEIRA, 2016).

Equipes do consultório de rua relataram que existe algumas ações em relação a redução de danos como estudos que indicam que 30% dos usuários conseguem alcançar a abstinência total e se tratar em modelos tradicionais enquanto para os outros 70% o caminho é reduzir danos (REVISTA RADIS, 2015).

2.6 POLÍTICAS PÚBLICAS DE COMBATE AO CRACK

Os problemas associados ao consumo de crack constituem um relevante problema de saúde pública que necessitam de elaboração de programas de intervenção e políticas públicas para o seu controle (OLIVEIRA & NAPPO, 2008, POSSER *et al*, 2013).

Em 2010 foi instituído pelo governo federal o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” (PIEC), cujo objetivo é prevenir o uso, garantir acesso ao tratamento e reinserção social de usuários de drogas e combater o tráfico de crack e outras drogas ilícitas (CHAVES *et al*, 2011; DECRETO 7.179).

O PIEC foi criado devido à necessidade de informações qualificadas relacionadas ao uso de crack e outras drogas, em razão do alerta da comunidade científica sobre a necessidade de estudos mais detalhados sobre a população usuária de drogas principalmente a de crack no país, em um contexto de pânico social em função do crescente aumento de usuários de crack e das informações que a mídia divulgava sobre “a epidemia do crack” (CHAVES *et al*, 2011; BARCELLOS & SILVA, 2014).

Em 2011, foi estabelecido pelo governo federal o Programa “Crack é Possível Vencer”, cujos objetivos são o mesmo do PIEC, e está pautado em três eixos: cuidado (referente à atenção ao usuário e a família por meio de comunidades terapêuticas),

prevenção (fortalecimento da rede através de ações articuladas, atuação nas escolas, informação e capacitação) e autoridade (repressão ao tráfico de drogas, “cracolândias” e combate ao crime organizado) (BARCELOS & SILVA, 2014; CARVALHO *et al*, 2016).

De acordo com a pesquisa realizada por CARVALHO *et al* (2016), o estabelecimento de políticas nacionais de combate as drogas é semelhante ao modelo de “guerra as drogas” adotado pelos Estados Unidos no século passado no que tange ao caráter repressivo ao uso de substâncias ilícitas.

A prioridade dos programas de enfrentamento ao crack é a criação de novos leitos destinados aos pacientes que fazem uso abusivo de crack, álcool e outras drogas em hospitais gerais e psiquiátricos, para qual foram destinados 52% dos recursos totais do PIEC. Essa medida é importante devido ao fato de que os usuários de drogas passam a serem cuidados nos mesmos ambientes em que são tratadas outras práticas de saúde colocando-as no mesmo nível, colaborando para diminuição do estigma a que estão previstos os usuários de drogas e afirmando a dependência química como objeto da saúde (ANDRADE, 2011; BARCELLOS & SILVA 2011).

Esse método se faz importante em situações graves de saúde em que a assistência oferecida nas redes de cuidado como o Caps ad não é capaz de oferecer o tratamento e o suporte adequado ao usuário (ANDRADE, 2011).

No entanto, os dirigentes dos hospitais e médicos têm oferecido resistência quanto à criação e destinação de leitos para atender a esta população uma vez que muitos reproduzem o senso comum e declaram não estarem aptos a atenderem estes pacientes (ANDRADE, 2011; BARCELLOS & SILVA, 2014).

Outras dificuldades têm impedido a realização dos outros objetivos do PIEC. Como por exemplo, a pouca destinação de recursos para implantação de pontos de acolhimento (casas cujo funcionamento é diurno para o acolhimento de crianças, adolescentes e jovens usuários de crack e outras drogas em condições de vulnerabilidade nas cidades com mais de 100.000 habitantes) e para a implantação de 195 pontos de arte, cultura e renda na rede de atenção aos usuários de drogas (ANDRADE, 2011).

As prefeituras das cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo, em 2012 realizaram internações involuntárias com os usuários de crack nas “cracolândias”, sob a alegação de preocupação com a saúde dos usuários (COELHO & OLIVEIRA, 2014).

As internações ocorreram em razão da interpretação da lei 10.216/01 (marco legal da reforma psiquiátrica brasileira), que restringe as internações involuntárias e presume que as internações compulsórias para dependentes químicos ocorram através de determinações judiciais ou para pessoas com doenças mentais que cometeram alguma infração (COELHO & OLIVEIRA, 2014; RIBEIRO *et al*, 2016).

Para COELHO & OLIVEIRA (2014), as internações involuntárias e compulsórias são ineficazes, uma vez que violam os direitos de liberdade e saúde dos indivíduos, dificultam o tratamento, propiciam recaídas e a falta de consentimento do paciente faz com que muitas vezes após a saída do tratamento ele repita o consumo da substância. Além disso, afirmam que o principal objetivo das internações involuntárias que ocorreram eram a limpeza da cidade, devido à imagem dos usuários veiculada na mídia televisiva.

2.7 FARMACOLOGIA E MECANISMO DE AÇÃO

As drogas psicotrópicas atuam sobre o Sistema de Recompensas Cerebral², que é responsável pelas sensações geradas pelo uso das substâncias, além de estar relacionada à fissura, a memória e as emoções relacionadas ao uso (FORMIGONI *et al*, 2014).

Apesar de estarem relacionadas ao sistema de recompensas cerebral, as drogas atuam sobre outras áreas do sistema neurológico. A cocaína é capaz de reduzir o nível de oxigênio na região frontal do cérebro responsável por funções como pensamento, raciocínio, abstração, planejamento e controle dos impulsos. Ainda assim, essas alterações neurológicas causadas pelo uso de drogas podem ser reversíveis, apesar de ser configurado em um processo lento e demorado (LARANJEIRA, 2012).

Segundo LARANJEIRA (2012), os efeitos do uso das substâncias psicoativas sobre o sistema neurológico, especialmente as sensações de intenso prazer são produzidas de formas artificiais, intensas e imediatas, que são capazes de alterar os mecanismos fisiológicos que geram prazer químico em detrimento de outras necessidades como o aprendizado.

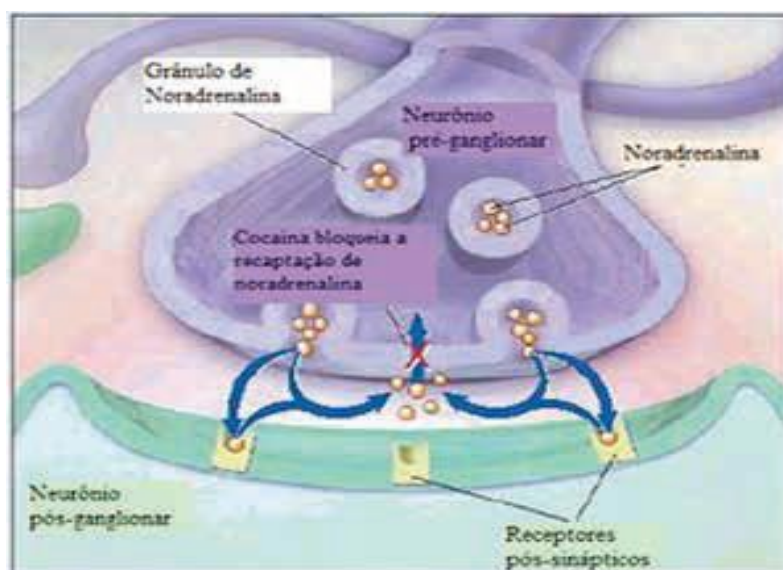
² O sistema de recompensas cerebral é constituído pelo sistema mesolímbico e pelo sistema mesocortical, cuja principal função está relacionada a comportamentos que mantenham a vida e a espécie humana. Dessa forma, hábitos como alimentação, sexo e proteção são capazes de acionar o sistema de recompensas que reage com sensações prazerosas e satisfatórias (LARANJEIRA 2012; FORMIGONI *et al*, 2014).

Ao ser fumado, o princípio ativo do crack, a cocaína, chega rapidamente aos pulmões, é absorvido pelos capilares pulmonares, entra na circulação, atravessa o coração e chega ao cérebro proporcionando os efeitos iniciais da droga que são prazer e euforia, esse processo ocorre em média de seis a oito segundos após a inalação, e os efeitos podem durar entre cinco e dez minutos (POSSER *et al*, 2013).

Desse modo, o crack atua sobre o sistema neurológico através do aumento da liberação de neurotransmissores ³ como as catecolaminas⁴, e também por meio do bloqueio da recaptação de outros neurotransmissores para o interior das células pré-sinápticas como a serotonina, dopamina e noradrenalina, gerando acúmulo destes nas fendas sinápticas e aumento dos seus estímulos (BALBINOT *et al*, 2011; LUCCA 2012; NEGRÃO 2013).

O acúmulo do sistema adrenérgico⁵ nas fendas sinápticas é responsável pela hipertensão, taquicardia, midríase (dilatação pupilar), vasoconstrição, aumento das secreções salivares, gástricas e pancreáticas e sudorese, e também pelo estado de alerta e vigília (XAVIER *et al*, 2015).

Figura 4: Mecanismo de ação adrenérgica da cocaína.



Fonte: XAVIER *et al*, 2015.

³Neurotransmissor é uma substância (por exemplo, noradrenalina, acetilcolina, dopamina) liberada do axônio terminal de um neurônio pré-sináptico em excitação, e se desloca através da fenda sináptica para excitar ou inibir a célula-alvo (MILLER-KEANE, 2003).

⁴ Substância de um grupo de amins simpatomiméticas (que incluem a dopamina, a adrenalina e a noradrenalina), cuja porção aromática da molécula corresponde ao catecol (MILLER-KEANE, 2003).

⁵ Ativação, característico ou que secreta adrenalina ou substâncias semelhantes às da adrenalina (MILLER-KEANE, 2003).

A capacidade da cocaína de impedir a recaptação de dopamina e gerar seu acúmulo nas fendas sinápticas, além de estimular sua síntese faz com que haja alterações de comportamento do usuário e em longo prazo pode ocorrer o esgotamento desse neurotransmissor na fenda sináptica. Esse neurotransmissor é o responsável pelas sensações de prazer e euforia e acredita-se que o mecanismo de vício e dependência do crack e da cocaína se relacionam a inibição do seu transportador (XAVIER *et al*, 2015).

O acúmulo de serotonina nas fendas sinápticas intensifica o estado de vigília e insônia, potencializa os efeitos estimulantes da dopamina e está relacionada as alucinações causadas pelo uso prolongado e abusivo da droga (LUCCA, 2012; XAVIER *et al*, 2015).

O crack também induz a ativação de plaquetas, portanto, é capaz de ocasionar agregação plaquetária que pode levar a formação de trombos coronários, e representa maior risco aos usuários que possuem cardiopatias (BALBINOT *et al*, 2011).

De acordo com o estudo de XAVIER *et al* (2015), uma dose de cocaína ou de crack gera perda de apetite, transmite sensação de bem-estar, aumenta a resistência física devido a diminuição da sensação de fadiga, aumenta a inquietude, excitação, loquacidade, ansiedade e confusão mental. A euforia produzida pode ser acompanhada de ansiedade, agitação, delírio, psicose, tremor, rigidez muscular, hiperatividade, convulsões e ações compulsivas repetitivas.

Os metabólitos produzidos a partir da metabolização da droga (benzoilecgonina e metil-ester de ecgonina) são distribuídos para alguns órgãos e podem ser encontrados no sangue, no cabelo, no suor, na saliva, no leite materno, na urina e no mecônio fetal⁶. A benzoilecgonina permanece por até 48 horas após a exposição à droga no organismo e pode ser detectada através de testes toxicológicos urinários (MARTINS-COSTA *et al*, 2013; XAVIER *et al*, 2015).

O uso abusivo de crack e cocaína estão associados a uma diversidade de danos a saúde dos usuários. Os danos diretos causados pelo uso inadequado dessas substâncias podem ser cardiovasculares, pulmonares, neurológicos e outros. Além disso, a droga possui grande afinidade cerebral e é capaz de atravessar a barreira hematoencefálica e placentária devido a sua alta lipossolubilidade (LUCCA, 2012; XAVIER *et al*, 2015).

⁶O mecônio é um material mucilaginoso verde-escuros no interior do intestino do feto em termo completo; ele corresponde às primeiras fezes eliminadas pelo bebê recém-nascido (MILLER-KEANE, 2003).

Esse consumo inadequado pode se relacionar a outros danos, como mortalidade por causas externas como homicídios, uma vez que os usuários podem participar da criminalidade e da violência para suprir a necessidade de uso, e o comportamento sexual de risco destes usuários pode gerar contaminação por doenças sexualmente transmissíveis (LUCCA, 2012).

3 OS EFEITOS DO USO ABUSIVO DO CRACK NA SAÚDE DO USUÁRIO

Os usuários de drogas apresentam de maneira geral maior propensão ao desenvolvimento de problemas de saúde devido ao seu comportamento de risco. Nesse grupo estão inseridos os usuários de crack, que apresentam maior risco devido à vulnerabilidade social em que estão submetidos, a qual pode facilitar a contração de doenças contagiosas e o desenvolvimento de problemas de saúde decorrente do uso abusivo da substância (COUTINHO *et al*, 2014).

O uso abusivo de drogas e a dependência química são atualmente um problema de saúde pública e social, que torna tão importante saber os sintomas; assim como as doenças geradas pelo uso abusivo de uma substância e conhecer os motivos e as consequências que levaram a estas complicações (PRATTA & SANTOS, 2009).

Desse modo, a saúde não é definida apenas como ausência de doença, mas também como o completo bem-estar físico, mental e social e está relacionada a questões econômicas, políticas, culturais e ambientais (PRATTA & SANTOS, 2009).

Nesse sentido, ainda que não seja uma das substâncias ilícitas mais consumidas no Brasil o uso do crack tornou-se um problema de saúde pública devido às características de consumo produzidas pelo uso dessa droga, dentre elas a urgência do consumo e a fissura, além dos transtornos decorrentes na saúde do usuário e a maior prevalência entre as classes economicamente desfavorecidas (POITEVIN & STEFANON, 2010; CHAVES *et al*, 2011).

Apesar do uso abusivo do crack ter se configurado em um problema de saúde pública, existem outros padrões de uso da droga. Segundo OLIVEIRA & NAPPO (2008), nos Estados Unidos foi identificado um padrão de uso controlado de crack, o qual se caracteriza pelo uso a longo-prazo da droga em que o crack não é usado diariamente, e os usuários buscam estratégias de autocontrole para fazer um uso racional, de modo que não permitem que a droga governe suas vidas. Contudo, apesar

de ter sido identificado um padrão de uso controlado nos Estados Unidos, não há esse padrão no Brasil.

No Brasil, o uso abusivo do crack acarreta efeitos externos ao uso que influenciam a saúde e a qualidade de vida, e estão relacionados na maneira do usuário de suprir a necessidade do consumo. Com isso, facilita o crescimento dos índices de criminalidade, na prática de atividades ilícitas e em situações de violência que podem levar a morte (LUCCA, 2012).

Portanto, o uso abusivo e inadequado do crack está associado a uma ampla diversidade de efeitos e complicações clínicas a saúde do usuário, desse modo, é de relevância a pesquisa sobre os efeitos e danos que o uso abusivo da droga pode causar a saúde dos usuários.

Apesar de existirem programas de redução de danos no país, o governo investiu pouco nessa política, que é fundamental para o tratamento do usuário e sua reinserção social. Observamos bons resultados em países como Reino Unido e Austrália nas políticas de redução de danos, uma vez que conseguiram diminuir a transmissão de doenças entre os usuários de drogas e reduziram os danos a saúde associados ao consumo de substâncias entre essa população (FONSECA & BASTOS, 2005).

3.1 COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS E PULMONARES

O sistema respiratório é o mais exposto durante o uso de crack, e por isso existem uma ampla diversidade de efeitos e complicações pulmonares que afetam a saúde do usuário em decorrência do consumo da droga (ALARCON, 2012; LUCCA, 2012).

As primeiras complicações aparecem após o uso exagerado de crack, devido à grande quantidade de fumaça, a inalação do vapor em alta temperatura e de partículas metálicas dos cachimbos que levam a congestão e inflamação nasal, ao aparecimento de feridas e perfurações no septo nasal, que podem atingir a traquéia, os brônquios e os pulmões, além de afetarem também o rosto, a língua, a boca, os olhos, os dedos, as mãos, a cavidade oral e a laringe (ALARCON, 2012).

A cocaína pode ainda atuar como um antígeno e induzir a produção de anticorpos IgE gerando uma reação antígeno-anticorpo na superfície dos mastócitos, e

levando a uma lesão tecidual pulmonar devido a liberação de histamina, serotonina e fator quimiotático⁷ para eosinófilos (KOLLER *et al*, 2010).

Complicações mais severas podem surgir, principalmente entre os usuários que consomem a droga de forma abusiva, como a perda da neuroregulação pulmonar, hemorragia alveolar, doença pulmonar intersticial, taquipneia, edema alveolar, entre outras (LUCCA, 2012; POSSER *et al* 2013).

A baixa imunidade e a falta de apetite proporcionado pelo uso da droga aumentam a chance dos usuários adquirirem infecções oportunistas e doenças contagiosas como tuberculose e pneumonias (CRUZ *et al*, 2013).

Desse modo, as complicações pulmonares causadas pelo uso da droga ficaram conhecidas como “Pulmão de crack” que é caracterizada principalmente por febre, dores torácicas, falência respiratória, tosses e broncoespasmo que pode ser diagnosticado de forma radiológica e clínica (LAZZAROTTO, 2009; LUCCA, 2012).

3.2 COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS

O crack e a cocaína podem afetar o sistema neurológico, especialmente o cérebro de várias formas, logo, os efeitos sobre esse sistema podem ser diversos. Os primeiros efeitos são sensação de euforia, prazer intenso e satisfação devido ao mecanismo de ação da droga, no entanto, o abuso dessa substância está relacionado a complicações neurológicas graves como acidente vascular encefálico, atrofia cerebral e vasculite cerebral (CRUZ *et al*, 2014; XAVIER *et al*, 2015).

A ação vasoconstritora, capacidade de contração dos vasos sanguíneos, que a droga provoca como a diminuição da circulação de oxigênio no cérebro e é capaz de alterar a estrutura e a função do sistema nervoso central que podem gerar infartos isquêmicos. Além disso, a droga também possui ação vasopressora que aumenta a pressão sanguínea e rompe os vasos sanguíneos cerebrais que podem provocar hemorragia (LUCCA, 2012; CRUZ *et al*, 2014).

A complicação mais frequente da droga sobre o sistema nervoso central é a cefaleia (dor na cabeça) , que comumente aparece após momentos de uso abusivo da droga, e de forma aguda que pode ser sinal de complicações neurológicas graves como acidente cerebrovascular e hemorragia (KOLLER *et al*, 2010; XAVIER *et al*, 2015).

⁷Linfócito que atrai os macrófagos para o local de invasão (MILLER-KEANE, 2003).

As convulsões em usuários de cocaína e crack podem ser frequentes, uma vez que possuem a capacidade de reduzir o limiar convulsivo, ou seja, aumentam os riscos de convulsões devido à ação anestésica da droga em usuários crônicos, mesmo que usados em pequenas doses. O acúmulo de neurotransmissores, especialmente de serotonina também está relacionado às crises convulsivas, devido à estimulação intensa do sistema nervoso central. Os episódios de crise convulsiva podem ocorrer durante o uso da substância e após algumas horas (KOLLER *et al*, 2010; LUCCA, 2012).

Outro risco que pode estar relacionado ao uso do crack é o acidente vascular cerebral (AVC) devido à agregação plaquetária, ao vasoespasmos, ao aumento de dopamina, a hipertensão e a vasculite cerebral (KOLLER *et al*, 2010).

3.3 COMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS

A cocaína e o crack possuem grande capacidade de agir sobre as emoções e comportamento dos usuários e gerar dependência por atuarem sobre o sistema de recompensa cerebral. Pequenas doses causam sensação de bem estar, euforia, aumento da resistência física, prazer intenso, excitação, diminuição de fadiga e ansiedade (XAVIER *et al*, 2015).

No entanto, o uso abusivo pode causar emoções patológicas como depressão, paranóia, transtornos afetivos e ansiedade. Após a sensação de euforia causada inicialmente, pode ocorrer um estado depressivo, psicose, delírio, convulsões, alterações da percepção ou hiperatividade (XAVIER *et al*, 2015).

A euforia que o crack e a cocaína causam é diferente da sensação proporcionada pelo uso de outras drogas como o álcool e os opiáceos, uma vez que gera desinibição, curiosidade, aumento de autoconfiança, autoestima e estado de alerta, no uso exagerado pode causar desequilíbrio do juízo, hipersexualidade, ações compulsivas repetitivas e agitação psicomotora (XAVIER *et al*, 2015).

Além dessas complicações psicológicas o usuário pode ainda ter transtornos de comportamento uma vez que a droga inicialmente proporciona uma intensa sensação de prazer e euforia e é acompanhada por estados de depressão e ansiedade. A agitação torna-se disforia com irritabilidade e a ansiedade pode ocorrer de duas maneiras, uma mais branda e outra acompanhada de pânico com delírio (XAVIER *et al*, 2015).

Outras complicações psicológicas podem ocorrer devido ao uso do crack envolvendo a diminuição das habilidades cognitivas, dentre elas as mais prejudicadas são a função executiva, atenção, memória e concentração logo, os usuários apresentam

dificuldade de resolução de problemas, diminuição da velocidade de processamento de informações e flexibilidade mental (XAVIER *et al*, 2015).

Por fim, o usuário apresenta um quadro que é dividido em duas fases, a primária é a fase de estimulação e a secundária de depressão (“crash”). Na segunda fase pode haver o interesse do usuário em procurar por substâncias que facilitam o sono ou pode ocorrer hipersonolência e hiperfagia, estes fatores podem durar dias ou horas acompanhado de recuperação espontânea (XAVIER *et al*, 2015).

3.4 COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES

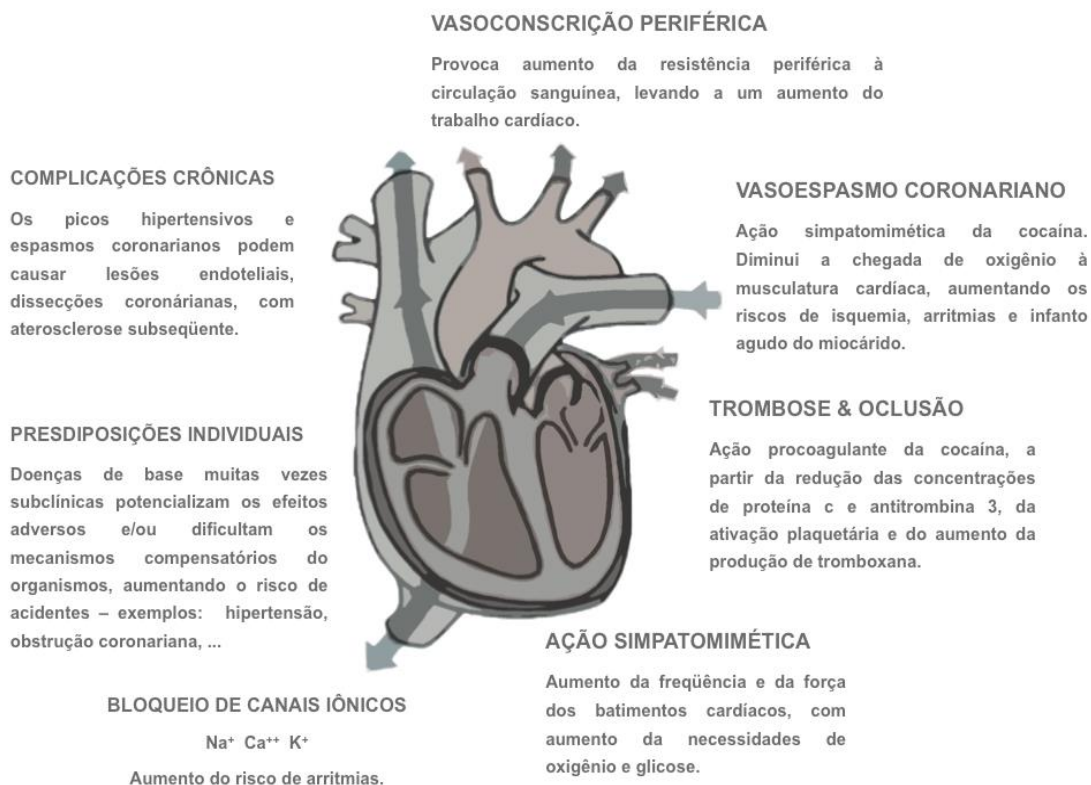
A cocaína e o crack possuem grande capacidade de alterar o sistema cardiovascular e gerar complicações que podem ocasionar pequenas como arritmias até a morte súbita e ao infarto (LUCCA, 2012; XAVIER *et al*, 2015).

Devido ao aumento de noradrenalina proporcionado pelo uso da droga, há aumento da vasoconstrição, taquicardia e hipertensão, que aumentam a necessidade de oxigênio para o miocárdio e podem levar a isquemia, a um infarto agudo do miocárdio ou a derrames cerebrais (ALARCON, 2012; LUCCA, 2012).

Quando usado em grandes quantidades, o crack leva ao bloqueio dos canais de sódio, que podem gerar arritmias cardíacas, hipotensão e morte súbita. A morte súbita ocorre em consequência da taquicardia e da fibrilação (XAVIER *et al*, 2015).

Outras complicações cardíacas que podem ocorrer em usuários de crack e cocaína são:

Figura 5: A ação da cocaína sobre o aparelho circulatório.



Fonte: KOLLER *et al*, 2010.

3.5 COMPLICAÇÕES GASTROINTESTINAIS

O mecanismo de ação da cocaína e do crack no trato gastrointestinal ainda é desconhecido, no entanto, o seu uso abusivo leva a complicações gastrointestinais que são raras e graves e por isso dificultam o diagnóstico e o tratamento (ABRANTES *et al*, 2012).

No aparelho digestivo podem causar náuseas, vômitos, diarreia, úlceras gastroduenais com hemorragia e perfuração, sangramento intestinal, colite isquêmica, além da perda de apetite que pode levar a anorexia (ABRANTES *et al*, 2012; XAVIER *et al*, 2015).

A principal causa de úlceras e perfurações gastroduodenais nos usuários de crack e cocaína é a isquemia vascular gástrica, ou seja, a droga é capaz de retardar o funcionamento do aparelho gastrointestinal e prolongar a exposição ao ácido clorídrico

ocasionando o surgimento de feridas e úlceras, que geram dor abdominal, náuseas, vômitos e diarreia (KOLLER *et al*, 2010).

A colite isquêmica⁸ é resultante do fluxo inadequado de sangue no sistema vascular mesentérico, ou seja, no trato gastrointestinal, que pode levar em casos agudos ao sangramento retal e a dor abdominal (ABRANTES *et al*, 2012).

3.6 EFEITOS SOBRE O FETO E GESTAÇÃO

O uso do crack e da cocaína durante a gestação é capaz de afetar e causar complicações sobre a gestante, o feto e o recém-nascido, isso porque a droga possui alta lipossolubilidade, ou seja, é facilmente absorvida pela barreira hematoencefálica e placentária, com grande afinidade pelo sistema nervoso central do feto (LUCCA, 2012; XAVIER *et al*, 2015).

Por possuir baixo peso molecular e alta hidrossolubilidade e lipossolubilidade o princípio ativo do crack e da cocaína são capazes de atravessar a placenta por difusão simples e também o líquido amniótico, principalmente no primeiro semestre de gestação, período no qual a pele do feto ainda não está queratinizada e apesar de haver diminuição no nível de cocaína na circulação sanguínea da mãe, a cocaína presente no líquido amniótico é capaz de acessar o feto através da pele vulnerável, aumentando a exposição a droga em períodos importantes de desenvolvimento fetal (LUCCA, 2012).

As complicações associadas ao uso da droga na gestação podem levar ao aborto, a malformações do feto, hipoxemia⁹ fetal, microcefalia, descolamento prematuro da placenta, morte do feto, retardo no crescimento intrauterino, diminuição do comprimento do recém-nascido dentre outras complicações (ROTTA & CUNHA, 2000).

A exposição à droga durante a gestação influencia no desenvolvimento cerebral do feto e por isso pode influenciar no surgimento de malformações e disfunções cerebrais (ROTTA & CUNHA, 2000).

⁸Insuficiência vascular aguda colônica, que geralmente envolve a porção suprida pela artéria mesentérica inferior; os sintomas incluem dor na fossa ilíaca esquerda, diarreia sanguinolenta, febre de grau baixo, distensão abdominal e sensibilidade abdominal. Pode-se seguir uma ulceração (MILLER-KEANE, 2003).

⁹ Deficiência na oxigenação sanguínea (MILLER-KEANE, 2003).

Assim como em usuários adultos, a droga é capaz de inibir a recaptação de neurotransmissores no cérebro do feto, os quais possuem funções fundamentais no desenvolvimento cerebral (LUCCA, 2012).

Essas complicações podem ocorrer também por outros motivos que estão associados ao uso da cocaína e do crack, como exposição a outras drogas, falta de cuidados pré-natais e alimentares, e a presença de doenças infecciosas (LUCCA, 2012)

Devido ao aumento das catecolaminas produzido pela droga pode haver um trabalho de parto prematuro ou o descolamento da placenta. A ruptura prematura da placenta pode ser influenciada por doenças sexualmente transmissíveis. Além disso, as mortes fetais provocadas pelo uso dessas substâncias estão associadas à vasoconstricção provocada pelo mecanismo de ação e também ao descolamento prematuro da placenta (LUCCA, 2012).

O consumo da droga pela mãe traz consequências ao recém-nascido como o baixo peso e uma diminuição na estatura, além de dificuldades em funções básicas como atenção, devido a exposição pré-natal a cocaína (LUCCA, 2012).

Estudos mostram que a toxicidade no sistema cardiovascular pode aumentar durante a gestação e a usuária pode desenvolver hipertensão e outras complicações. Além disso, pesquisas também evidenciam que recém-nascidos são capazes de excretar os metabolitos da droga até sete dias após o nascimento caso as gestantes tiverem consumido a droga até dois dias antes do nascimento (ROTTA & CUNHA, 2000).

A pesquisa realizada por MARTINS-COSTA *et al* (2013), constatou que as gestantes usuárias de cocaína e/ou crack apresentam características comuns que representam maior risco sobre o feto e a gestação como mostra o seguinte quadro.

Quadro 1: Características das gestantes usuárias de crack e/ou cocaína.
Ausência de assistência pré-natal, acompanhamento irregular ou início tardio.
Descuido com aparência.
Baixa escolaridade e nível socioeconômico.
Passado obstétrico ruim: Aborto espontâneo ou feto natimorto; CIUR (Crescimento intrauterino restrito); Parto pré-termo; Descolamento prematuro da placenta.

Histórico de patologias relacionadas ao uso de drogas de abuso:**Endocardite subaguda;****Pancreatite;****Abscesso cutâneo.****Problemas familiares:****Familiares usuários de cocaína/crack;****Companheiro usuário de drogas de abuso;****Violência doméstica;****Filhos com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor;****Problemas sociais.**

3.7 INFECCÕES

Devido à alta vulnerabilidade social a que estão submetidos a maioria dos usuários de crack, o seu comportamento de risco facilita a contração de doenças que podem ser disseminadas entre esse grupo por meio do compartilhamento de materiais de consumo, sexo desprotegido e acúmulo de pessoas em locais isolados e fechados para o consumo (POITEVIN & STEFANON, 2010; CRUZ *et al*, 2013).

O crack causa perda de apetite, portanto, o seu uso abusivo pode levar a desnutrição, já que o usuário passa a não se alimentar de forma adequada, o que gera baixa imunidade deixando-o mais propenso a infecções oportunistas e doenças sexualmente transmissíveis ou contagiosas como hepatites e AIDS (ALARCON, 2012).

Desse modo, o estudo de CHAVES *et al* (2011), mostrou que a presença de cocaína na circulação sanguínea pode aumentar o processo de replicação do HIV, consequentemente um aumento da carga viral e o risco de transmissão do vírus.

3.8 OUTROS EFEITOS

Além dos efeitos descritos anteriormente, o uso abusivo da cocaína e do crack são capazes de alterar o funcionamento de outros órgãos e a saúde do usuário. No aparelho visual ocorre midríase (dilatação da pupila) por conta da contração do músculo radial da íris e também visão borrada (XAVIER *et al*, 2015).

O uso do crack e cocaína podem estar relacionados também a rabdomiólise¹⁰ que consequentemente pode levar a complicações renais. A rabdomiólise pode ocorrer tanto de forma assintomática, quanto sintomática por meio de mialgia¹¹ e edema muscular. A cocaína pode gerar essa síndrome devido a toxicidade da droga sobre as células musculares ou ainda devido a um traumatismo muscular causado pela agitação do usuário (KOLLER *et al*, 2010).

Além disso, devido a diminuição da autoestima dos usuários e o descuido com a sua higiene pessoal acarretando o aparecimento de cáries levando a perda total dos dentes e outras complicações odontológicas (ALBINI *et al*, 2015).

Outro fator de risco que os usuários de crack apresentam são as lesões físicas que podem ser geradas por causas externas decorrentes de situações de violência e brigas por se tornarem mais agressivos devido a fissura e as paranóias que o uso excessivo da droga leva (RIBEIRO *et al*, 2010).

3.9 EFEITOS SOCIAIS

Na esfera social, os usuários estão expostos ao preconceito por estarem inseridos em um contexto de violência e criminalidade. Desse modo, a mídia e a sociedade passam a vincular essa imagem, colaborando para o preconceito sofrido por eles (BARD *et al*, 2016).

Essas situações podem levar ao rompimento de relações familiares e de laços afetivos, o que gera o isolamento social destes usuários (BARD *et al*, 2016).

A pesquisa realizada por BARD *et al* (2016), revelou que os usuários de crack são estereotipados e sofrem rotulação como seres indesejáveis e improdutivos, que estão fora do contexto social. Por isso a questão do uso de drogas, especialmente o crack, deve ser tratado como uma problemática de saúde, mas também é necessário a sua inclusão nos setores da economia, educação e assistência social.

¹⁰ Ruptura das fibras musculares esqueléticas por contusão ou intoxicação, com liberação, no sangue, de mioglobina, enzimas e eletrólitos, que constituem os principais elementos da síndrome de esmagamento. Os rins podem apresentar dificuldade em, liberar esses conteúdos através da urina, gerando insuficiência renal aguda (REY, 2003; KOLLER *et al*, 2010).

¹¹Dor muscular (MILLER-KEANE, 2003).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou perceber que o crack é uma droga que surgiu nos anos oitenta, os seus usuários apresentam alta capacidade de tornarem-se dependentes levando e conseqüentemente terem graves problemas de saúde podendo levar a morte ou alterarem o funcionamento do seu organismo.

Portanto, o seu uso abusivo é uma temática que deve ser integrada e abordada entre os diferentes setores como a saúde, educação, programas sociais, economia e segurança. A integração entre esses setores ainda é um desafio, mas que deve ser realizada para que haja diminuição da desigualdade social e da indiferença sobre essa temática na população.

Os usuários de crack são marginalizados, e alvos de preconceitos e de exclusão social, especialmente aqueles que frequentam as crackolândias e moram nas ruas. Esses usuários apresentam dificuldades de acesso a serviços sociais, de saúde e de educação, e ao mercado de trabalho.

A droga é alvo constante de políticas públicas, reportagens na mídia e de projetos no país, que contribuem para exclusão social dos usuários e persistência do preconceito, uma vez que vinculam aos usuários imagens negativas, e por serem na maioria pessoas pobres, jovens e negras são estereotipados e excluídos da vida social.

Existem múltiplos fatores sociais que também afetam a saúde do usuário tal como a exclusão social, baixa escolaridade, o envolvimento em práticas ilegais e violentas, o afastamento da família e de relacionamentos afetivos. Desse modo, se faz importante que os usuários tenham assistência social para que haja mais apoio a sua recuperação e reinserção social.

Os usuários de crack apresentam um risco elevado de transmissão de doenças e necessitam de medidas preventivas que reduzam os riscos e os danos associados ao consumo da droga.

Torna-se, portanto, de extrema relevância a criação de políticas de redução de danos que tenham o objetivo de ajudar esses usuários a se reinserirem na sociedade, incentivarem a melhorada sua qualidade de vida, através de acompanhamento médico, psicológico, econômico e social.

A redução de danos tem obtido grande êxito em países da Europa e na Austrália, e se tornou importante para a saúde pública desses países, onde foram implementados programas de trocas de seringas, que diminuiriam o contágio de doenças infecciosas entre a população, e também programas que diminuem a fissura associada a heroína.

A implementação de políticas de redução de danos na sociedade britânica foi aceita por diferentes setores da sociedade, apesar de haverem oposições. Foram realizadas políticas de AIDS fundamentado em questões de saúde pública, discursos de redução de danos associados ao consumo de substâncias e programas de vacinação contra doenças infecciosas e contagiosas como a hepatite.

De fato, o Brasil tem atuação central e de grande importância junto a outros países da América Latina sobre programas de redução de danos relacionadas ao consumo de drogas psicoativas. No entanto, as políticas voltadas a essa área valorizam a redução da oferta e a criminalidade.

Para incentivar as políticas de redução de danos o Brasil ofereceu estágios a profissionais de outros países da América Latina, alterou legislações, implementou programas de distribuição de preservativos, trocas de agulhas e seringas, realizou testes de HIV e hepatites e ampliou o acesso a serviços públicos de saúde. Apesar da ampliação de acesso a esses serviços, existem ainda obstáculos que impedem o acesso integral desses usuários as redes de atenção e cuidado do SUS, especialmente aqueles que são pobres.

O estudo mostrou ainda que os danos causados pelo uso abusivo do crack a saúde do usuário são fatores que diminuem a sua qualidade de vida e o seu bem-estar e por isso é necessário a ampliação da rede de cuidado aos usuários de drogas e ao tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, Wilson Luiz.*et al.* **Complicações gastrintestinais em usuários de cocaína/ crack: revisão da literatura.** Minas Gerais: Rev. Med Minas Gerais, 2012; 22(5): 28-31.

ALARCON, Sergio. Drogas Psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso.In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio, 22. ed. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo.** Rio De Janeiro: Fiocruz, 2012.

ALBINI, Milena B.*et al.* **Perfil sociodemográfico e condição bucal de usuários de drogas em dois municípios do estado do Paraná, Brasil.** Paraná: Rev de Odontologia da UNESP, 2012; 44(4): 244-249.

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2009; 25 (11): 2309-2319.

ANDRADE, Tarcísio M. **Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil.** Salvador: Ciência & Saúde Coletiva, 2011; 16(12): 4665-4674.

BARCELLOS, Warllon; SILVA, Vera L. **O crack e as políticas públicas: A política de enfrentamento ao crack e a realidade no município de Miracema.** Salvador: UCSal, 2014: 3(4):425-440.

BARD, ND. *et al.* **Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack.** Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2016; 24(1): 1-7.

BALBINOT, Alexandre. *etal.***Perfil antropométrico de dependentes de crack hospitalizados para desintoxicação.** Porto Alegre: Rev. HCPA, 2011; 31 (3): 311-317.

BASTOS, Francisco I; BERTONI, Neilane. O cenário do consumo de crack e o inquérito nacional sobre crack, 2012.In: BASTOS, Francisco I; BERTONI, Neilane. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?.**Rio de Janeiro: ICICT/ FIOCRUZ, 2014.

BERTONI, Neilane; BASTOS, Francisco I. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional. In: BERTONI, Neilane; BASTOS, Francisco I. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?**.Rio de Janeiro: ICICT/ FIOCRUZ, 2014.

BRASIL. **Decreto nº 7.179**, 20 de maio de 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm> Acesso em: 24/11/2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Programa crack**. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/programa-crack-1/a-droga>>. Data de acesso: 10/09/2016.

BRASIL. Ministério da Justiça. SENAD; CEBRID. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 5. ed. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília: SENAD; 2012. 248 pag.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004; 2 ed.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: Guia AD**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Senado. **Em discussão: cracolândias**. Disponível em: <<https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/dependencia-quimica/aumento-do-consumo-de-drogas/cracolandias.aspx>>. Acesso em: 24/11/2016.

CARVALHO, Simone. *et al.* **Crack: da Problemática Individual às Políticas de Enfrentamento**. Recife: RevEnferm UFPE online, 2016, 10(2): 657-63.

CHAVES, Tharcila. *et al.* **Fissura por crack: Comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários.** São Paulo: Rev Saúde Pública, 2011; 45 (6):1168-75.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena. **Internação compulsória e crack: um desserviço a saúde pública.** Rio de Janeiro: Saúde Debate, 2014; 101(38): 359-367.

CRUZ, Marcelo S; VARGENS, Renata W; RAMÔA, Marise L. Crack: Um Capítulo a Parte. In: SUPERA. **Efeitos das substâncias psicoativas: Módulo 2.** 7 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

CRUZ, Vania D.*et al.* **Consumo de crack e a tuberculose: uma revisão integrativa.** Pelotas: Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, 2013; 9(1): 48-55.

COUTINHO, Carolina. *et al.* Comportamentos de risco e prevalências para infecção pelo HIV (vírus da AIDS), vírus da Hepatite C e Tuberculose na população usuária de crack e/ou similares no Brasil: Achados do inquérito nacional de crack. In: BASTOS, Francisco; BERTONI, Neilane. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack.** Rio de Janeiro: ICICT/ FIOCRUZ, 2014.

DONATO, Elaine M. *etal.* Farmacologia e Neurobiologia do consumo do crack. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo, 1 ed. **O tratamento do usuário de crack.** São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010.

ENGSTROM, Elyne; TEIXEIRA, Mirna Barros. **Equipe “consultório na rua” de Manguinhos, rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável.** Ciência & Saúde Coletiva, 21(6):1839-1848, 2016.

FILHO, Fred B *et al.* **Fingertip and nasal tip thermal burn in crack cocaine user.** Rio de Janeiro: An. Bras. Dermatol, 2013; 88(5): 850-852.

FONSECA, Elize Massard; BASTOS, Francisco Inácio. Os tratados Internacionais Antidrogas e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas. In: ALARCON, Sergio; JORGE, Marco Aurélio, 22ª edição. **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo.** Rio De Janeiro: Fiocruz, 2012.

FONSECA, E; BASTOS, FI. Políticas de redução de Danos em Perspectiva: Comparando as experiências americana, britânica e brasileira. In: ACSELRAD G, 2ª edição. **Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2005.

IANNELLI, Andrea M; ASSIS, Simone G. In: ASSIS, Simone G. **Crianças, Adolescentes e Crack: desafios para o cuidado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015. Cap. O Município do Rio de Janeiro e o Crack.

JORGE, Maria S. *et al.* **Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários**. Ceará: Ciência & Saúde Coletiva, 2013; 18 (10): 2909-2918.

KOLLER, Karine. *et al.* In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O tratamento do usuário de crack**. 1 ed. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. Cap. Complicações clínicas do consumo de crack.

KREISCHE, F.; SORDI, A. O.; DIEMEN, L. In: SENAD. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social**. Brasília: SENAD, 2012. Cap. Conceitos básicos no transtorno de uso de crack, álcool e outras drogas.

LARANJEIRA, Ronaldo. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O tratamento do usuário de crack**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. Bases do Tratamento da Dependência de crack.

LAZZAROTTO, César. *et al.* **Pulmão do crack: manifestações clínicas e radiológicas após inalação**. Santa Catarina: Arquivos Catarinenses de Medicina, 2009; 38(3): 100-103.

LUCCA, Julianne. **Achados ultrassonográficos no cérebro de recém-nascidos expostos ao crack durante a gestação**. 66f. Dissertação - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2012.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio. **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à**

Saúde Pública. Rio de Janeiro: História, Ciências, Saúde- Manguinhos, 2007; 14 (3): 801-821.

MACHADO, Leticia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. **Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos.** Maringá (PR): Psicologia: Ciência e Profissão, 2013; 33 (3): 580-595.

MARTINS-COSTA, Sergio H. *etal.* **Crack: A nova epidemia obstétrica.** Porto Alegre: Rev. HCPA, 2013; 33(1): 55-65.

MILLER-KEANE. **Enciclopédia & Dicionário Médico para Enfermeiros & Outros Profissionais da Saúde.** 6 ed. São Paulo: Roca, 2003.

NEGRÃO, André B. In: NEGRÃO, André B. **Dependência Química.** São Luís: UNASUS/ UFMA, 2013. Cap. Cocaína e Crack: Módulo 4.

NICASTRI, Sérgio. In: MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; SENAD- Secretaria nacional de políticas sobre drogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias.** 4. ed. Brasília, 2011. Cap. Drogas: Classificação e efeitos no organismo.

OLIVEIRA, Lucio G; NAPPO, Solange. **Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: Padrão de Uso Controlado.** São Paulo: Rev Saúde Pública, 2008; 42 (4): 664-71.

OLIVEIRA, Lucio G; NAPPO, Solange A. **Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso.** São Paulo: RevPsiqClin, 2008; 35 (6): 212-8.

PERRENOUD, Luciane O; RIBEIRO, Marcelo. In: RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O tratamento do usuário de crack.** 1 ed. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. Cap. Histórico de consumo de crack no Brasil e no mundo.

POITEVIN, L; STEFANON, E. **O uso do crack e suas conseqüências para a saúde.** Santa Maria: 3ª Jornada Interdisciplinar em Saúde, 2010.

POSSER, Regina S; ZILLI, Milene B, ROCKENBACH, Carla WF. **Complicações respiratórias em decorrência do uso de crack: revisão de literatura.** Rio Grande do Sul: ConScientiae Saúde, 2013; 12(3):463-469.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. **O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução.** Psicologia: Teoria e Pesquisa, 2009; 25(2):203-211.

RAUP, Luciane M; ADORNO, Rubens CG. **Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades.** São Paulo: Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade, 2011; 1(4): 52-67.

RAUPP, Luciane M. **Circuitos de uso de crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre: cotidiano, práticas e cuidado.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2011.

REVISTA RADIS: Cracolândia. Rio de Janeiro: Fiocruz/ Ensp, nº158, 2015.

RIBEIRO, José M. *et al.* **Acesso aos serviços de atenção em álcool, crack e outras drogas- o caso do município do Rio de Janeiro, Brasil.** Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, 2016; 21(1): 71-81.

RIBEIRO, Luciana A; SANCHEZ, Zila M; NAPPO, Solange A. **Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga.** J BrasPsiquiatr, 2010; 59(3): 210-218.

ROTTA, Newra T; CUNHA, Gabrielle. **Exposição pré-natal a cocaína: revisão dos efeitos neurocomportamentais.** Rio Grande do Sul: Jornal de Pediatria, 2000; 76(3): 179-184.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde.** 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. 2003.

SANTOS, Jessica AT; OLIVEIRA, Magda Lucia F. **Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico.** Pelotas (RS): JournalofNursing Health, 2012; 1(2): 82-93.

SCHAURICH, Diego.*et al.* **Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras.** Maranhão: Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17 (5): 1247-1248.

SILVA, Silvia *et al.* **Redução de danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André- São Paulo.** Saúde e Sociedade, 2009; 18(2): 100-103.

XAVIER, Antonio JD *et al.* **Crack: Farmacocinetica, farmacodinâmica, efeitos clínicos e tóxicos.** Minas Gerais: Rev. Med Minas Gerais, 2015; 25 (2): 253-259

XAVIER, Antonio JD. *etal.* **O paciente usuário de crack: diagnóstico e terapêutica na urgência.** Minas Gerais: RevMed Minas Gerais, 2015; 25(2): 244-252.