

CRACK E OS PERIGOS DE UMA VIAGEM SEM RETORNO

Nivea Gisele Panizza Tuller*
Dorli Terezinha de Mello Rosa**
Rosemary Parras Menegatti***

RESUMO: O *Crack* tem sido a droga de maior incidência, sendo causadora de dependência química rápida e danos irreversíveis, que podem levar o usuário a óbito em pouco tempo de uso. A droga tem efeito rápido, em torno de 5 minutos de duração, fazendo seus usuários voltarem a utilizá-la com frequência. A presente pesquisa é do tipo bibliográfico e tem como objetivo verificar as conseqüências do consumo do *Crack* para os usuários, elucidando os sinais e sintomas que permitem sua prevenção. A metodologia consistiu em pesquisar textos e teóricos que abordam o tema. Os instrumentos foram livros, *sites* da internet, pesquisas e artigos científicos. Como resultado, pode-se considerar como aspectos relevantes para a prevalência do uso do *Crack*: a dependência imediata; o fácil acesso à droga; morte muito mais rápida do que a provocada por outras drogas; o poder de despersonalizar o usuário; a vulnerabilidade da adolescência e a relação com o sentimento de bem-estar. Conclui-se que o conhecimento destes aspectos é a melhor forma de prevenção.

PALAVRAS-CHAVE: *Crack*; Dependência; Drogas

CRACK COCAINE AND THE DANGER OF A NO WAY BACK

ABSTRACT: *Crack Cocaine* has been the drug with the greatest incidence, causative of fast chemical addiction and irreversible damages, which may take the user to death in a short time of using. The drug has quick effect, it lasts about 5 minutes, making the users use it with frequency. The present paper is bibliographical and aims to verify the consequences caused by the use of *Crack Cocaine* for its users, elucidating the signs and symptoms that permit its prevention. The methodology consisted in research texts and theoretics that approaches the subject. The instruments were books, sites on the Internet, researches and scientific articles. As a result, we can consider as relevant aspects for the prevalence of *Crack Cocaine* use: the immediate addiction; the easy access to the drug; death faster than the provoked for other drugs; the power of depersonalizing the user, the vulnerability of the adolescence and the relation with the well being feeling. We concluded therefore that the knowledge about these aspects is the best form of prevention.

KEYWORDS: *Crack Cocaine*; Addiction; Drugs.

INTRODUÇÃO

Consumir drogas é uma prática milenar e universal, porém, recorrer a elas é algo que pode processar-se em diversas situações de crise social. As drogas constituem o grande flagelo da época contemporânea, podendo provocar danos, às vezes graves. Os jovens que as experimentam tendem a tornar-se dependentes; por outro lado, as estatísticas comprovam que, felizmente, apenas uma minoria é levada ao seu danoso consumo, e mesmo para essa minoria existem saídas possíveis. Para Knobel (1988 apud BUCHER, 1998), a transgressão

inicial se transforma paulatinamente em marginalização, que diz respeito a perturbações pessoais e familiares profundas e precoces.

Segundo Graeff e Guimarães (2005), achados arqueológicos indicam que a humanidade já fazia uso de drogas psicoativas em épocas pré-históricas. Corroborando esses achados, estudos antropológicos mostram que aborígenes de várias regiões do globo terrestre fermentam cereais para produzir bebidas alcoólicas. Por exemplo, índios do Sul do Amazonas, habitantes das vizinhanças do rio Xingu, fermentam extrato de mandioca para fazer a bebida alcoólica denominada caxiri, consumida em festas e cerimônias religiosas.

* Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: niveatuller@hotmail.com

** Acadêmica do curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: dorlirosa@hotmail.com

*** Psicóloga; Docente do curso de Psicologia do Centro Universitário de Maringá - CESUMAR. E-mail: rosemarymenegatti@uol.com.br

Todas as drogas psicotrópicas têm potencial para modificar o funcionamento do sistema nervoso central (SNC) e propriedades reforçadoras, ou seja, as pessoas tendem a sentir vontade de repetir o uso. Por outro lado, as drogas diferem entre si em uma série de aspectos, como a qualidade e a intensidade dos efeitos (estimulantes, depressores ou perturbadores) e o potencial para o desenvolvimento da dependência.

A dependência de drogas é uma situação que demanda o uso de repetidas doses de uma dada substância para o indivíduo sentir-se bem ou evitar sensações ruins. A dependência indica que a pessoa tem dificuldades em controlar o uso de substância, mesmo diante de eventuais conseqüências. Os fatores que favorecem a dependência são diversos e envolvem aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais.

Kalina (2001) apresenta a origem da palavra “adicção”, com a qual designamos a condição de usuário de qualquer droga, da seguinte forma: o substantivo *adicação*, em nossa língua, caracteriza a inclinação ou o apego de alguém por alguma coisa. O adjetivo *adicto*, por sua vez, define a pessoa francamente propensa à prática de alguma coisa - crença, trabalho ou atividade partidária, por exemplo, ou de determinados princípios. Nos tempos Roma Antiga, o particípio passado “*addictum*”, empregado como adjetivo, designava o homem que, para pagar uma dívida, se convertia em escravo, se não dispusesse de outros recursos para cumprir o compromisso contraído.

O toxicômano, segundo Bucher (1998), é o sujeito que se revolta contra as contingências que limitam a condição humana; contra a sujeição aos outros, à sociedade e à cultura que a condição de sujeito nos impõe. A ânsia de onipotência, de atingir o todo, o gozo total, que imaginariamente nos seduz, nos chama, nos interpela sem trégua, só na morte se cumpre.

Segundo Aratangy (apud AQUINO, 1998), na fonte primordial onde brotam os impulsos, o bem e o mal ainda não existem. O que leva uma pessoa à droga está, na origem, muito perto do que levou o homem a se debruçar sobre o microscópio ou a olhar por um telescópio; é o mesmo motivo que impulsionou tantos, em direção sextante, aos mares bravios e às aventuras espaciais.

O *Crack* se difundiu após a cocaína, e o hábito de consumi-lo é descrito desde 1970 (KENDALL, 1991 apud LEITE et. al., 1999, p. 27). Em poucos anos, a partir da descrição desta forma de consumo, pudemos observar um crescente número de jovens apresentando grandes dificuldades psíquicas e conseqüências físicas severas. Como resultado do uso repetido, jovens são hospitalizados por consumo compulsivo, e outros morrem de intoxicação aguda por cocaína.

Segundo Nappo (1996), o *Crack* é queimado e sua fumaça aspirada passa pelos alvéolos pulmonares, onde cai na circulação e atinge o cérebro. No sistema nervoso central, a droga age diretamente sobre os neurônios. O *Crack* bloqueia a captura do neurotransmissor dopamina, mantendo a substância química por mais tempo nos espaços sinápticos. Com isso as atividades motoras e sensoriais são superestimuladas. A

droga aumenta a pressão arterial e a freqüência cardíaca. Provoca risco de convulsão, infarto e derrame cerebral. O *Crack* é distribuído pelo organismo por meio da circulação sanguínea e metabolizado no fígado. A droga é eliminada pela urina.

Sendo o *Crack* uma droga ilícita em destaque e causadora de uma dependência química rápida e danos irreversíveis, a pesquisa busca, através da revisão bibliográfica, salientar as suas conseqüências, efeitos, sinais e sintomas, a fim de tornar conhecidos os aspectos relevantes nos usuários.

2 DESENVOLVIMENTO

Segundo Leite e colaboradores (1999), a cocaína é uma substância naturalmente presente em dezenas de espécies vegetais do gênero *Erythoxylum*, sendo a *Erythoxylum coca* e a *Erythoxylum novogranatense* as mais utilizadas no cultivo para produção da droga (leite e Andrade, 1999). O hábito dos povos indígenas da região dos Andes de mascar as folhas de coca provém de longo tempo. Com a chegada dos conquistadores espanhóis, esta forma de uso foi estimulada, pois o consumo da droga facilitava a exploração do trabalho escravo.

Levada para a Europa pelos espanhóis, durante os séculos XVI e XVII, difundiu-se seu uso nas mais diversas aplicações: males do estômago, ulcerações da pele, doenças venéreas e dores de cabeça, musculares e de dente. A cocaína, principal alcalóide ativo existente nas folhas do *Erythoxylum coca*, foi isolada em 1860 por Niemann, que constatou seu gosto amargo e o efeito peculiar que produzia na língua, tomando-a dormente e quase insensível (LEITE et. al., 1999).

Leite e colaboradores (1999), enfocam que por volta de 1880, a cocaína estava disponível comercialmente, sendo logo incorporada a diversas bebidas, entre as quais o famoso Vin Mariani, que era conhecido como o vinho dos atletas. Von Anrep, em 1880, estudando a ação farmacológica desse alcalóide, verificou que a pele tomava-se insensível à picada de um alfinete após infiltração subcutânea, mas sua indicação de usar a droga como anestésico local não foi aceita na época.

Em 1884, Sigmund Freud fez o primeiro estudo dos efeitos fisiológicos da cocaína, e na mesma época, Carl Koller introduziu a cocaína na anestesia local da córnea, e Hall, na odontologia. Nos Estados Unidos, por volta de 1885, a cocaína foi adicionada, juntamente com a cafeína, num remédio popular, considerado o protótipo da Coca-Cola, com indicações de uso contra dor de cabeça e como estimulante. Em 1892, G. Chandler fundou a *Coca-Cola Company* e colocou a bebida no mercado como um tônico para pessoas debilitadas. Entre os anos de 1903 e 1906 essa bebida continha aproximadamente 60mg de cocaína em 230mL (LEITE et al., 1999).

Leite e colaboradores (1999) colocam que a partir de 1900, surgiram vários medicamentos e bebidas à base de cocaína ou de folhas de coca, os quais permanecem no mercado até 1914, quando foi editado o *Harrison*

Narcotic Act, que tomou ilegais o uso e a venda de cocaína nos Estados Unidos da América. Em 1924, a Associação Americana de Medicina realizou um estudo que atribuiu a morte de 26 pacientes à utilização da cocaína como anestésico, fato que restringiu o seu uso na clínica.

Segundo Carlini (1989 apud BUCHER, 1998), as apreensões de cocaína no Brasil nos últimos anos vem aumentando, reforçando a idéia de que o consumo e tráfico dessa substância estão avançando progressivamente em nosso país. É possível medir os reflexos de fatos bem conhecidos, como, por exemplo, a observação clínica, o número de internações e ocorrências em prontos-socorros. Daí vem o sucesso da cocaína, a sua atração, o seu poder de sedução, ideologia, condicionamento social e pressão de imitação de moda que elevam o “narcochic” ao patamar das condutas elitizadas.

De 1914 a 1970 o consumo da droga, devido às suas propriedades eufóricas, ficou restrito a alguns segmentos da sociedade. A partir dos anos 70, com as restrições impostas à comercialização das anfetaminas, voltou o uso generalizado de cocaína nos estados Unidos da América, e no início da década de 80, com a introdução do *Crack*, o consumo aumentou de forma alarmante.

A pasta de coca é tratada com ácido clorídrico (HCl) para a formação do cloridrato de cocaína, que corresponde à forma usual de tráfico. O cloridrato de cocaína apresenta-se na forma de pó ou grânulos brancos, é insolúvel em éter e solúvel em água, etanol e clorofórmio. A partir do cloridrato é possível obter cocaína na forma de base, que é volátil e quimicamente mais estável, e após o aquecimento propicia a ocorrência de explosões, devido às características do éter (LEITE et. al., 1999).

A forma de preparação preferida pelos traficantes é a que resulta na obtenção do produto denominado *Crack* ou *rock* e “pedra” em nosso meio, formado pela reação do cloridrato de cocaína com uma solução aquosa de bicarbonato e aquecimento.

A cocaína pode ser administrada de diversas formas: por aplicação direta nas mucosas, através das vias oral, respiratórias (aspirada ou fumada) ou intravenosa. A via mais utilizada é o sistema respiratório, mediante aspiração e absorção intranasal do cloridrato de cocaína ou pela inalação e absorção pulmonar da fumaça proveniente do ato de fumar a cocaína na forma básica. Na última década do século XX a administração da cocaína passou da forma intranasal e intravenosa para a respiratória pelo ato de fumar. Isto se deve ao custo do *Crack*, à obtenção quase imediata dos efeitos e a facilidades no uso, já que dispensa a necessidade de material para injetar a droga.

A velocidade de absorção da cocaína utilizada na forma do *Crack* pode ser comparada com a daquela absorvida por via intravenosa, levando alguns minutos para atingir a circulação sistêmica e o cérebro. A produção dos efeitos desejados depende da quantidade da dose de cocaína liberada na corrente sanguínea, a qual está diretamente relacionada com a eficiência do ato de fumar. O pico máximo de

concentração é atingido de 6 a 8 minutos após a tragada. A excreção da cocaína ocorre principalmente pela via urinária.

Segundo Leite e colaboradores (1999), o consumo do *Crack* tornou-se popular nos Estados Unidos desde a sua introdução, por volta de 1985. No Brasil o aumento mais evidente deu-se a partir de 1990.

O *Crack* não é uma droga nova, mas um novo método de administração de cocaína. A infecção pelo vírus HIV é um exemplo da importância do fator via de uso para a compreensão dos problemas relacionados ao consumo de drogas. Uma vez associado o vírus ao uso endovenoso, o consumo de *Crack* surgiu como uma alternativa com potência similar e ausência de riscos de infecção (GOSSOP, 1994 apud LEITE et. al., 1999).

Leite e colaboradores (1999) e Balone (2005b) colocam que a absorção do *Crack* é tão rápida que equivale ao uso endovenoso. Os efeitos observados são: taquicardia, hipertensão, taquipnéia e hipertermia; dilatação das pupilas, tensão muscular, tremores e sudorese intensa. Apesar de o primeiro resultado ser euforia, sensação de bem-estar e desejo de repetir o uso, a continuidade do consumo resulta em ansiedade, hostilidade e depressão extrema. É comum o consumo de álcool para o controle da ansiedade. Continuando-se o consumo em doses mais altas, surgem ilusões perceptivas (visuais e auditivas) e finalmente a psicose cocaínica, extrema hipervigilância, delírios paranóides e alucinações. Weiss (1994 apud LEITE et. al., 1999), salienta que nesta condição foram descritos tanto homicídios quanto suicídios.

Para Leite e colaboradores (1999) e publicações do SENAD (2006), o consumo de *Crack* causa um aumento rápido de cocaína no sangue, produzindo efeitos psíquicos, com pico em cinco minutos. Os efeitos desagradáveis são igualmente mais intensos, contribuindo também para a readministração, além de ser essa droga considerada a forma da cocaína mais capaz de causar consumo compulsivo e dependência.

Graeff (2005) salienta que a primeira idéia evocada pela palavra droga é a do uso ilícito, problema social marcante de nossa época, quando o poder econômico dos traficantes é tão grande que acaba por influenciar os destinos de muitas nações. Não é possível esquecer que drogas cujo consumo é aceito ou tolerado, como álcool, nicotina e cafeína, são largamente consumidas, gerando problemas médico-sociais até mais graves do que as drogas ilícitas.

As drogas psicoativas vêm sendo usadas para obter prazer, descontração, euforia, ou para aliviar ansiedade, mágoa, dor e privação, sendo utópico imaginar uma sociedade totalmente sóbria. Num sentido amplo, o termo “abuso de drogas” refere-se a qualquer uso que fira normas sociais ou legais vigentes em dada época e sociedade.

Graeff (2005) afirma haver na dependência graus de variedade que vão desde o mais leve até o mais intenso. Este é chamado *addiction*, termo designado para o uso da palavra *vício* ou dependência extrema. Para o adicto, as drogas assumem prevalência sobre todas as outras atividades,

acarretando uma perda voluntária do controle da auto-administração. O autor salienta que a dependência não se instala de repente, mas passa por diversas fases até a dependência extrema, para a qual se faz necessária a combinação de fatores de ordem genética, psicológica e social. Os mecanismos neurológicos subjacentes são diferentes em cada fase, e os fenômenos de tolerância, sensibilização, retirada e desejo compulsivo (*craving*) freqüentemente acompanham a dependência, que é classificada conforme a natureza do fármaco, no DSM-IV.

O risco de um indivíduo perder o controle do uso de drogas e tornar-se dependente está relacionado, em larga medida, a fatores agrupados no conceito de personalidade; assim, afirma Graeff (2005) que, na combinação de temperamento e caráter, o temperamento refere-se a padrões de hábitos ligados à emoção e, em cerca de 50%, é de alta determinação genética. O temperamento vai permanecer estável da infância à idade adulta, ao passo que o caráter refere-se a valores e objetivos que orientam nossas ações voluntárias e depende muito pouco de influência genética, sendo determinado sobretudo pelas experiências da primeira infância. O caráter sofre, também, moderada influência da aprendizagem sociocultural, amadurecendo da infância até a idade adulta.

Segundo Graeff (2005), o tipo mais sujeito a risco da dependência é o da personalidade anti-social, o qual combina impulsividade com destemor, podendo levar a comportamentos de risco, como crimes e contravenções legais. A personalidade passivo-dependente é caracterizada por baixa impulsividade e alto nível de ansiedade, sendo marcada por uma propensão ao alcoolismo e nicotina. Outra parcela da variância que influencia o risco da dependência refere-se a fatores ambientais, que muitas vezes levam o indivíduo a estresses, à facilidade em obter drogas como, por exemplo, o álcool, e ao abandono das relações sociais. O tratamento se dá em duas etapas: a primeira é a da desintoxicação, e a segunda, a de manutenção em abstinência. Esta segunda etapa é a mais difícil, e o índice de recaídas tem sido elevado.

Bucher (1998) observa que a demanda é grande e incentivada por uma série de fatores que determinam a nossa vida social. Usada como "antiestresse", a cocaína substituiu as drogas ideológicas da geração *hippie*, essencialmente as alucinógenas, consideradas "suaves", como a maconha e o LSD, obedecendo a uma mudança gradativa do estilo da vida social. O padrão de consumo define também os padrões de transgressão e contestação e a classe social de seus membros, que incluem as drogas como meio de fazer frente àquelas pressões que consideram intoleráveis.

O *Crack* é a forma barata de consumir cocaína, e a típica imagem de dependente anteriormente associada ao abusador de heroína hoje se aplica também ao uso de *Crack*. A euforia que este provoca é intensa, e após o uso repetido da droga podem surgir sintomas somáticos como taquicardia e hipertensão. Os sinais físicos também incluem dilatação pupilar, calafrios, anorexia, insônia e movimentos estereotipados, além de

morte súbita por complicações cardíacas e *delirium*. Os distúrbios delirantes são tipicamente paranóides. No *delirium* pode haver alucinações tácteis ou olfativas, com risco de crises epiléticas e óbito.

A primeira experiência de consumo de drogas, segundo Balone (2005a), pode se repetir, de acordo com as circunstâncias pessoais e sociais, ocasionando uma recaída e dando surgimento a falhas no autocontrole. Assim, o conceito de sofrimento em espiral será utilizado para descrever a desregulação progressiva do sistema cerebral de recompensas no contexto dos ciclos repetidos de adicção. Um estudo inédito, realizado em Porto Alegre, evidencia que os perigos do *Crack* não se restringem ao uso da pedra.

Outro aspecto considerado entre os usuários de *Crack* é a intoxicação pelo alumínio, que ocorre quando o usuário utiliza a lata de refrigerante para inalar o *Crack*. Neste caso, além do vapor da droga, ele aspira o alumínio que se desprende da lata em razão do aquecimento, e o metal vai para os pulmões, onde entra na corrente sanguínea e vai até os rins. Devido ao excesso, esse órgão não consegue eliminar toda a impureza pela urina, fazendo com que o alumínio continue na corrente sanguínea e se deposite em dois pontos principais do corpo: o cérebro, onde se une às proteínas, e os ossos, onde ocupa os espaços do cérebro. O consumo freqüente do *Crack* aumenta esse acúmulo e provoca distúrbios no cérebro; o alumínio causa encefalopatia, alteração que acaba em demência e pode agravar o Mal de Alzheimer, e nos ossos provoca osteomalácia, uma espécie de enfraquecimento dos ossos.

Segundo Antón (2000), a psicologia científica considera o abuso de drogas um padrão de conduta socialmente adquirido e aprendido, mantido por inúmeras incitações anteriores e por reforços posteriores de natureza psicológica, sociológica ou fisiológica.

Os determinantes de uma conduta foram, em muitos casos, imputados de forma excludente quer a variáveis pessoais quer a variáveis externas ou sociais. O indivíduo aprende seus repertórios básicos de conduta na relação do seu organismo com o ambiente; entretanto, a conduta depende tanto da situação real presente como dos repertórios básicos de conduta aprendidos, os quais determinarão como o indivíduo percebe a realidade. Finalmente, a conduta adotada afetará tanto a situação presente como os repertórios de conduta.

Antón (2000) propõe mudanças em aspectos do contexto do jovem que sejam reconhecidos como fatores desencadeantes da iniciação ao consumo ou que dificultem seu desenvolvimento pessoal e uma adaptação correta, pelo envolvimento ativo de pais e professores na adaptação; propõe, por outro lado, o desenvolvimento de atitudes que favoreçam uma vida saudável e o não-consumo de drogas, além do aprendizado de uma série de condutas, habilidades ou competências que lhe permitam comportar-se com independência e liberdade com relação ao meio.

Alguns autores dizem que as drogas sempre existiram ao longo da história da humanidade e em todas as culturas. Os homens, para buscar

o prazer ou para atenuar seu sofrimento psíquico ou físico, utilizam substâncias que lhes produzem um estado artificial de bem-estar. Segundo Outeiral (2003), os adolescentes, cujo corpo e mente se encontram em fase de transformação (o que ocasiona um menor ou maior sofrimento psíquico, dependendo de sua personalidade anterior, durante a infância), constituem uma população de risco em relação ao uso de drogas.

Para Outeiral (2003), existem variáveis que favorecem o consumo de drogas, as quais vão desde a mídia, que propaga drogas lícitas - como álcool e tabaco - até o valor atribuído a elas pela sociedade. O adolescente busca valores para construir sua identidade e meios para atingir o sucesso exigido por uma sociedade extremamente competitiva, sem senso crítico para deixar de ser presa fácil e manipulada pela mídia, situação pela qual todos somos responsáveis.

Por outro lado, Outeiral (2003) enfatiza a família como participante ativa do processo de criação de dependência dos adolescentes. Muitas vezes, desde crianças estes são compulsivamente medicados por seus pais, que, ao primeiro choro incômodo da criança, prontamente a tratam com antiespasmódicos e analgésicos. Assim, pela vida afora, foi-lhes ensinado que, a qualquer sinal de dor física ou psíquica, deveriam lançar mão de alguma "substância química" que lhes proporcionasse alívio. Os próprios pais praticavam generosamente a automedicação, o que levanta a hipótese de ser esta a causa de o adolescente estar tão vulnerável e à procura de algo que alivie o seu sofrimento.

Segundo Outeiral (2003), os grupos de iguais também poderão induzir ao uso de drogas, por vários motivos, dentre eles o de pertencer a um grupo, bravatas, transgressões do tipo "faz o que quer, independentemente da opinião dos pais". Também devem ser considerados os aspectos próprios dos adolescentes, entre os quais um elemento básico é o sentimento de solidão, que produz um vazio interno e leva o jovem a buscar preenchê-lo com algo que alivie esse sofrimento.

Outeiral (2003) afirma que o sofrimento do adolescente tem características depressivas, como baixa auto-estima, falta de vontade para fazer atividades de lazer e as tarefas escolares, irritabilidade, choro, queixas de sintomas orgânicos, as quais se derivam, por um lado, de situações carenciais e afetivas ou traumáticas vividas na infância, nas relações com os pais, e por outro, de vivências atuais decorrentes da puberdade e da própria condição de adolescência. É evidente que quanto melhores tiverem sido as experiências na infância, mais habilitado estará o adolescente para lidar com as turbulências da idade.

Existem também os fatores constitucionais, que são representados pelos aspectos inatos do sujeito, como impulsividade mais intensa, maior sensibilidade às vivências afetivas, dificuldades geradas por frustrações, e a dificuldade em postergar as satisfações, que o leva a requerer uma gratificação imediata.

Outeiral (2003) conclui que o uso de drogas na adolescência é multicasual, sendo vários os fatores intervenientes (individuais, familiares

e sociais), os quais requerem ajuda imediata e tratamento adequado. É necessário enfatizar a importância dos aspectos constitucionais e das relações da criança com os seus pais como fatores essenciais a um desenvolvimento saudável. O uso de drogas pode refletir um pedido de ajuda que, de maneira indireta, faz um adolescente que enfrenta uma dificuldade emocional e ou social, como depressão, desamparo, abandono.

Quanto à disseminação do uso de drogas em nossa sociedade, Outeiral (2003) afirma ser este é um problema que transcende os âmbitos familiar e médico e requer um movimento (LINDNER, 1999 apud OUTEIRAL, 2003) da sociedade como um todo, em seus vários aspectos, tais como os que envolvem a ética e a política. O poder violento, corruptor, invasivo e desestruturante do narcotráfico na organização social não pode igualmente ser subestimado.

A psicologia social, como coloca Balone (2005c), identifica elementos importantes que podem estar envolvidos na falta de autocontrole no consumo de drogas, bem como em outros comportamentos descontrolados, tais como fazer apostas, comer de forma compulsiva, etc. É de interesse formular conceitos que expliquem como essas falhas de regulação levam, em última instância, à adicção no caso do uso de drogas ou a um padrão de tipo adictivo em comportamentos não relacionados a essa prática.

Quanto às fontes de riscos, Leite e colaboradores (1999) colocam que, no caso dos adolescentes, um dos principais fatores que levam o jovem a experimentar uma droga é a influência social. As características da própria droga e do indivíduo estão mais relacionadas com a repetição e manutenção do uso; por outro lado, os fatores que influenciam o uso não podem ser analisados separadamente, uma vez que o jovem está exposto ao conjunto destes fatores.

Os fatores de risco para abuso de drogas citados com maior frequência, segundo Farrel (1994 apud LEITE et. al., 1999) são: o uso de drogas por parte dos pais e amigos; desempenho escolar insatisfatório; relacionamento deficitário com os pais; baixa auto-estima; sintomas depressivos; ausência de normas e regras claras; tolerância do meio às infrações; necessidade de novas experiências e emoções; baixo senso de responsabilidade; pouca religiosidade; antecedente de eventos estressantes; uso precoce de álcool. Quanto maior o número de fatores de risco presentes, maior seria a intensidade de uso. Independentemente da presença de fatores de risco, quanto mais cedo se dá o início do uso de drogas, maior a chance de o indivíduo tornar-se um usuário regular e apresentar problemas, pois quanto mais cedo uma substância psicoativa atuar num cérebro imaturo, maior a chance de esta causar dependência.

Quanto ao meio, é preciso considerar a disponibilidade da droga. Quanto maior a oferta, menor é o preço e maior a facilidade de consumo de substâncias psicoativas. Em relação ao *Crack*, há indicativos de que seu preço baixo facilita o consumo.

Segundo Leite e colaboradores (1999), uma das tendências normais da adolescência é o indivíduo separar-se de sua família, passando a valorizar muito o grupo de amigos, que pode influenciá-lo na iniciação e manutenção do uso de drogas. Quanto maior a interação do adolescente com um determinado grupo, maior a chance de esse grupo influenciá-lo. Leite e colaboradores (1999) coloca que um fator de proteção seria a família: quanto mais fortes os laços familiares, menor a influência do grupo, sabendo-se que jovens cujas relações afetivas são mais precárias correm maior risco de abusar de SPA.

Sendo a adolescência a passagem da infância para a vida adulta e um período crítico na formação de identidade e desenvolvimento da personalidade, Leite e colaboradores (1999) colocam que o uso regular e eventual dependência nesta fase podem resultar em inconsistências ou deficiências na personalidade futura. Em muitos adolescentes e adultos dependentes de drogas foi identificado um corte no desenvolvimento, no qual a maturação interrompeu-se quando se desenvolveu a dependência de SPA. Um dos principais pontos na formação da identidade na adolescência é a individualização, que, quando completada com sucesso, é caracterizada pelo autocontrole e pela auto-estima. O uso de drogas nesta fase do desenvolvimento afeta significativamente as relações sociais e o estabelecimento de relações interpessoais.

Segundo Leite e colaboradores (1999), por definição, a dependência constitui, por si só, uma patologia com sua própria psicopatologia e caracterizada por compulsão, perda de controle e manutenção do uso apesar das conseqüências adversas a ele relacionadas. Trata-se de uma patologia crônica, progressiva, incurável e potencialmente fatal, se não for tratada. Quanto mais tardia for a intervenção terapêutica, mais difícil será o tratamento e menor a chance de sucesso.

Conforme Leite e colaboradores (1999), os adolescentes, na grande maioria das vezes, são indivíduos saudáveis, e trabalhar com adolescentes, tanto do ponto de vista psicológico quanto em relação aos aspectos físicos, implica realizar prevenção. Isso significa fornecer informações e condições propícias para a promoção da saúde física e mental. A prevenção vem tendo papel de destaque como meio de reduzir este problema, portanto, é de fundamental importância o investimento em diagnóstico precoce e tratamento.

Segundo Edwards, Marshall e Cook, (2005), o uso de múltiplas substâncias vem se tomando cada vez mais prevalente nas últimas décadas, e não há sinais de redução. Ocorre na população geral, não se limitando a indivíduos fortemente envolvidos no caminho das drogas ou em contato com serviços de tratamento. A iniciação de adolescentes no uso de substâncias é determinada, em grande parte, por fatores ambientais mais que por fatores genéticos (HAN et. al., 1999 apud EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). Tais fatores incluem acesso, preço, situação social, uso no grupo de amigos e moda. O uso de substâncias na adolescência é um poderoso preditivo de transtornos por uso de substâncias na vida adulta.

O álcool é um precursor do *Crack*; segundo Grant e Dawson (1997 apud EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005), sendo o a substância mais fortemente utilizada, seguindo-se o cigarro e depois as drogas ilícitas (*Crack*). A iniciação das drogas no cenário recreacional é sutil. O jovem acha que as drogas são “legais” e que todo mundo as usa, e vão se arriscando a usar diversas drogas durante muitos anos, sem quaisquer problemas óbvios. A droga da “vez” muda e hoje é o *Crack*; porém o álcool está sempre implicado no quadro mutante de uso de múltiplas substâncias.

Os usuários de múltiplas substâncias, segundo White e Irvine (1999 apud EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005) e Warner Smith e colaboradores (2001 apud EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005), geralmente são dependentes de uma ou duas drogas, mas também utilizam outras. É preciso lembrar que o uso está associado com complicações médicas e psicossociais significativas, que devem ser pesquisadas. A interação do *Crack* com o álcool é potencialmente perigosa, a morte por overdose é um perigo intrínseco ao uso de múltiplas substâncias.

De acordo com Aratany (apud AQUINO, 1998), as propostas de protagonismo juvenil buscam alterar não só o ponto de vista do mundo adulto com relação ao adolescente, mas também a posição deste em relação ao mundo à sua volta. O jovem tem tudo para deixar de ser problema e passar a ser solução para a comunidade. De demandante de mudanças, o jovem torna-se responsável por elas.

Ao reunir estas informações esclarecedoras sobre as conseqüências, causas, sintomas, sinais e efeitos do consumo do *Crack*, espera-se fornecer informações e condições propícias para a promoção da saúde física e mental. As fontes para a obtenção dessas informações foram artigos e livros sobre o tema “drogas” de forma geral, através das técnicas de resumo, leitura e discussões, além de busca na internet nos sites Google e Bireme sobre cocaína e *Crack*.

3 RESULTADOS E ANÁLISES

Quanto às informações reunidas sobre as conseqüências do uso do *crack*, pode-se afirmar que a aquisição da dependência se dá em relação a um dado tipo de droga, porém a tendência é expandir-se e incluir outras classes. Via de regra, a primeira droga é usualmente o tabaco, o álcool ou um inalante, seguindo-se a maconha, sedativo-hipnóticos, e finalmente o *Crack*. Entretanto esta não é uma progressão rígida, dependendo da disponibilidade, custo e aprovação no subgrupo social, ou ainda da personalidade do usuário. As drogas são estimulantes em conseqüência do seu potencial farmacológico, afetando progressivamente as vias respiratórias e a circulação sanguínea de forma mais rápida quando se usa o *Crack*.

Pode-se dizer que o *Crack* é a forma barata de consumir cocaína, e por isso a dependência em relação a ele se instala rapidamente. A esse fator se somam o efeito rápido e a possibilidade de se obter uma

forma cristalizada de cocaína de base livre em quantidades pequenas e baratas, fatores que nos últimos anos geraram uma epidemia de uso de *Crack*, com efeitos devastadores sobre a sociedade.

Destaca-se a adolescência como a fase de maior vulnerabilidade. Nessa fase são vários os fatores e riscos que poderão levar ao uso de drogas. Genericamente, podemos considerar os aspectos sociais - entre os quais se incluem a sociedade e a cultura, a família e o grupo de amigos e colegas - e ainda os aspectos individuais (aspectos inatos e adquiridos, particularmente as vivências infantis).

O adolescente vive acorrentado ao presente, como se não houvesse uma continuidade entre o que lhe aconteceu no passado e o que o futuro lhe reserva. Para ele, o passado já não significa nada e o futuro está muito distante, numa total negação da realidade. Ele pensa no futuro como se fosse outra pessoa, sem nenhuma preocupação. Por tudo isso, o tratamento dirigido ao adolescente exige cuidado especial. Ele deve ser preparado para enfrentar esta situação. Na atualidade, a causa mais comum de recaída na droga está em sua incapacidade de tolerar o limite do “não” à droga. Se no tratamento não for oferecida uma reabilitação social e preparação para enfrentar a sociedade na qual lhe cabe viver, a tendência é o fracasso, porque curar-se, para ele, é um mau negócio.

O *Crack*, ao ser fumado, emite vapores que, aspirados, atravessam a barreira hematoencefálica que envolve o cérebro, atingindo este num prazo de mais ou menos seis a dez segundos. Seu efeito é muito rápido e dura de três a dez minutos, com intensa sensação eufórica. Depois disso o que produz é intensa depressão, que leva o usuário a recorrer novamente ao *Crack*, provocando intensa dependência e tolerância a essa droga.

O *Crack* é uma droga dos anos 70. Os traficantes não gostam de sua difusão, pois ele é muito barato e desestabiliza o “comércio da cocaína”. Nos anos 90 já era mais ou menos comum o seu uso nas periferias de São Paulo e do Rio de Janeiro, embora não tanto por causa do comércio sistematizado da cocaína montado pela grande rede de traficantes. Em menos de dois anos, porém, a droga rompeu as fronteiras paulistanas e passou para outras capitais do país, até o interior, e hoje o país todo sofre com seu consumo.

O *Crack* é fumado em cachimbos improvisados. Causa emagrecimento e uma coceira freqüente, e o usuário fica inquieto, impaciente e violento. O *Crack* é pior do que outras drogas, levando o usuário a óbito ou a doenças degenerativas - como a demência ou *Alzheimer* - causadas pelo alumínio que é ingerido junto com a droga quando fumada em latas de refrigerante, prática comum enquanto via de administração do *Crack*. Considera-se como aspecto relevante o fato de o usuário ter fácil acesso à droga: ou ele aprende a fabricá-la em casa ou a adquirir com facilidade e de modo muito mais barato que outras drogas.

Para Balone (2005b) e Carlini e colaboradores (2004), o *Crack* é mais cruel e mortífero do que a cocaína, e possui um poder avassalador

para desestruturar a personalidade, agindo em prazo muito curto e criando enorme dependência psicológica. As primeiras sensações são de euforia, brilho e bem-estar, descritos como um estalo, um relâmpago - o “tuim”, na linguagem dos usuários. Na segunda vez elas já não aparecem, e logo os neurônios são lesados e o coração entra em descompasso (de 180 a 240 batimentos por minuto). Há o risco de hemorragia cerebral, fissura, alucinações, delírios, convulsão, infarto agudo e morte.

Quanto aos efeitos e sintomas, pode-se citar a fragmentação do pulmão, que causa problemas respiratórios. Congestão nasal, tosse insistente e expectoração de mucos negros indicam os danos sofridos. Dores de cabeça, tonturas e desmaios, tremores, magreza, transpiração, palidez e nervosismo atormentam o “craqueiro”.

Outros sinais importantes são euforia, desinibição, agitação psicomotora, taquicardia, dilatação das pupilas, aumento de pressão arterial e transpiração intensa. São comuns queimaduras nos lábios, na língua e no rosto pela proximidade da chama do isqueiro no cachimbo no qual a pedra é fumada. O *Crack* induz a abortos e nascimentos prematuros. Os bebês sobreviventes apresentam cérebro menor e choram de dor quando tocados ou expostos à luz; quando crianças demoram mais para falar, andar e ir ao banheiro sozinhos, e têm imensa dificuldade de aprendizado.

Por último, o *Crack* dá ao usuário uma sensação de super-homem. O indivíduo se julga acima de tudo e de todos; pensa estar acima da lei, não respeita ninguém, - autoridades, pai, mãe, professores. O *Crack* é chamado a droga da morte, destacando-se a adolescência como a fase de maior vulnerabilidade à instalação desta dependência, visto que a onipotência e egocentrismo já fazem parte das características desta fase, as quais os efeitos do *Crack* vêm apenas a reforçar.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando se fala em viagem, subentende-se que se irá a um determinado lugar e em determinado momento se voltará, ou logo se retornará ao lugar de origem, embora o termo não suponha hora marcada, dias, e lugares; no entanto, quando se fala numa “viagem sem retorno” a respeito do *Crack*, percebe-se a complexidade desta afirmação e indaga-se por que nossos jovens têm escolhido justamente este roteiro.

Nesta pesquisa foram abordados todos os malefícios que o *Crack* pode causar num indivíduo usuário, e consideramos que a conscientização sobre estes efeitos é a melhor maneira de fazer prevenção. Não no intuito ideológico de achar que um dia estas drogas vão sumir da face da terra, mas no sentido de criar habilidades para os possíveis dependentes resistirem ao uso e não embarcarem nessa “viagem”, ou, no caso de “adquirirem” passagem de ida, mesmo com as turbulências desta rota, tentarem voltar a qualquer custo.

Atenção! O título não está afirmando que a viagem é sem retorno, mas sim, que existe o “perigo” de não existir retorno. Não podemos

esquecer que existe solução, desde que buscada a tempo, e que o mais importante é a prevenção. É necessária a conscientização de toda a sociedade e dos sistemas de governo, no sentido de cada um buscar dentro de si a solução para um problema que tem afetado ricos e pobres, intelectuais e analfabetos. É bom não esquecer que o problema não diz respeito só ao consumo ou tráfico de drogas, mas a tudo que essas práticas têm acarretado: acidentes de trânsito, invasões de escolas, ataques nas ruas, mortes de pessoas inocentes; seqüestros, grandes assaltos; estupro, violência física e psicológica, etc.

É possível prevenir sem reprimir. Um projeto de prevenção ao uso de drogas, além de garantir que os alunos recebam informações corretas e não preconceituosas, deve contemplar a vertente emocional da questão. É preciso acolher a inquietação própria dos adolescentes, sem abrir mão de estabelecer limites claros e não arbitrários. Nesse sentido, os educadores desempenhariam de maneira importante sua função de formar cidadãos para o futuro se tivessem condições de dar alguma assistência e abertura aos pais, transformando reuniões de pais e mestres numa atividade produtiva de acolhimento de angústias e de real troca de informações.

É preciso planejar e aplicar intervenções específicas de prevenção ao uso e abuso de drogas. Não se pode esquecer que as manifestações de drogadição constituem um fenômeno complexo, resultante do encontro específico do sujeito e sua personalidade, seus valores e crenças com o produto droga e seus efeitos no organismo e o contexto sociocultural. Em perfeita ambigüidade, incentivam-se hoje consumos viciantes de tudo que der lucro, para, em seguida, preconizar ações preventivas - se não permissivas - contra os danos daí decorrentes.

Conclui-se que, mais do que nunca, fazem-se hoje necessárias abordagens mais compreensivas do que repressivas, entendendo-se que o toxicodependente se embriaga com sua dose, desafiando e brincando consigo por razões próprias, que só sua história de vida pode contar.

REFERÊNCIAS

- AQUINO, Julio Groppa (Org.). **Drogas na escola**: alternativas teóricas e práticas. São Paulo: Summus, 1998.
- ANTÓN, Diego Macia. **Drogas**: conhecer e educar para prevenir. São Paulo: Scipione, 2000.
- BALLONE, G. J. **Aspectos Atuais da dependência Química**. Psiqweb, 09 fev. 2005a. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=231&sec=34>> Acesso em: 31 maio 2006.
- BALLONE, G. J. **Aspectos cerebrais da dependência Química**. Psiqweb, 09 fev. 2005b. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=230&sec=34>>. Acesso em: 31 maio 2006.
- BALLONE, G. J. **Adicção, Drogadição, Drogaditos**. Psiqweb, 09 fev. 2005c. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=229&sec=34>>. Acesso em: 31 maio 2006.
- BUCHER, Richard. **Drogas e Drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- CARLINI, E. A. et. al. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. Brasília: CEBRID, 2004.
- EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E. Jane; COOK, Christopher C. H. **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais da saúde. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- GRAEFF, Frederico G, GUIMARÃES, Francisco S. **Fundamentos de Psicofarmacologia**. São Paulo: Ed Atheneu, 2005.
- KALINA, Eduardo. **Clínica e Terapêutica de Adições**. Porto Alegre: Artmed, 2001.
- LEITE, Marcos da Costa e colaboradores. **Cocaína e Crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1999.
- NAPPO, S. A. **Baqueros e Craquêros**- Um estudo etnográfico sobre o consumo de cocaína na cidade de São Paulo. 1996. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1996.
- OUTEIRAL, José. **Adolescer**: estudos revisados sobre a adolescência. 2. ed. revisada, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas. Conversando sobre cocaína e crack - Formas de uso da cocaína. Disponível em: <<http://www.senad.gov.br/publicações/coca/coca>>. Acesso em: 15 out. 2006.