Crack – da pedra ao tratamento

Crack – from rock crystal to treatment

Gilda Pulcherio[1], Anderson Ravy Stolf[2], Márcia Pettenon[3], Daniel Pulcherio Fensterseifer[4], Felix Kessler[5]

RESUMO

Nas duas últimas décadas, houve crescimento importante do consumo de *crack* no Brasil e no mundo, tornando-se um problema de saúde pública. Embora com baixa prevalência no Brasil, em torno de 1%, em estudos populacionais, o *crack* tem alto poder dependógeno e seu consumo é responsável por até 70% das internações por cocaína. Um fenômeno, pelo impacto individual e social que causa, inúmeros estudos correlacionam o consumo desta droga ao aumento da violência e criminalidade. O tratamento do *crack* é difícil e tem desafiado os especialistas, mas algumas intervenções têm apresentado resultados promissores. Este artigo tem como objetivo trazer subsídios teóricos para o enfrentamento do consumo do *crack*. Para a atualização, do tema realizamos uma procura nos bancos de dados MEDline, LILACS, CAPES, SciELO e Biblioteca Cochrane.

UNITERMOS: Cocaína, *Crack*, Epidemiologia, Tratamento.

ABSTRACT

Within the last two decades, there has been an increase in crack consumption in Brazil and worldwide, being already considered a public health problem. Although the prevalence in our country is low, around 1% in population studies, the crack consumers get easily addicted to it, and its consumption is responsible for up to 70% of the number of patients hospitalized for cocaine dependence. Because of the individual and social impact which is caused by this drug, countless studies correlate its consumption to the increasing violence and criminality rates. Treating crack addiction is very difficult and it has challenged specialists, but some interventions have shown positive results. This article aims at bringing theoretical subsidies to cope with this problem. MEDline, LILACS, CAPES, SciELO and Cochrane Library databases were consulted for the update of the theme.

KEYWORDS: *Cocaine, Crack Cocaine, Epidemiology, Treatment.*

INTRODUÇÃO

O crescimento do consumo do *crack* no Brasil tornou-se um fenômeno de saúde pública, sendo hoje chamado de epidemia do *crack* (1, 2, 3).

Derivado da cocaína, que após ter seu uso liberado em tônicos gaseificados e vinhos no século XIX, foi proibida no século XX, com o aparecimento de complicações em massa (4). Porém, a cocaína ressurge na década de 80, glamourizada e com uso recreacional.

Produzida na Colômbia, Peru, Equador e Bolívia, é um estimulante do sistema nervoso central, podendo ser injetada ou aspirada sob a forma de sal hidrossolúvel, o cloridrato de cocaína, ou ser convertido em sua forma alcalina, a pasta básica, ou o *crack* (5). A pasta básica chega a conter de 40 a 80% de cocaína.

O *crack* chega ao Brasil e, em 1989, há o primeiro relato de uso na cidade de São Paulo (1, 3). Na década de 90, o uso da cocaína, incluindo o *crack*, tem sua escalada em todo o mundo, mas o *crack* permanece restrito a grupos marginalizados (4, 6).

As graves consequências do consumo de cocaína e *crack* tornam-se conhecidas. Um estudo com 332 usuários de cocaína da cidade de São Paulo encontrou que 50% deles apresentavam alguma complicação, com 84% relatando calor e rubor, 76% tremores incontroláveis, 21% desmaios, 18% convulsões (4). Outras complicações, como overdose, cardiovasculares, problemas respiratórios, infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, hepatite C, promiscuidade sexual, suicídios, homicídios e quadros psiquiátricos ou pobre saúde global também são relatadas (1, 4, 6, 7).

A alta frequência de mortes entre usuários de cocaína e *crack* tem chamado a atenção. Estima-se que na Europa, 1% a 15% das mortes relacionadas a drogas tenha relação com o uso de cocaína. Países como Alemanha, Espanha, França e Hungria relatam índices de 8 a 12% de mortes

[1] Psiquiatra, Mestre em Psicologia Social – PUCRS. Instituto de Prevenção e Pesquisa em Álcool e outras Dependências – IPPAD.
[2] Psiquiatra, Assistente de Pesquisa do Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas – CPAD – UFRGS.
[3] Psicóloga, Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria da UFRGS.
[4] Advogado. Mestre em Ciências Criminais pela PUCRS. IPPAD.
[5] Psiquiatra, Doutorando do Programa de Pós-Graduação de Psiquiatria da UFRGS. Vice-Diretor do CPAD/UFRGS. IPPAD.

018-610_crack_NOVO.pmd 337 21/12/2010, 13:38

causadas por cocaína (6). O uso da cocaína é fator importante para as mortes por problemas cardiovasculares.

No Brasil, um estudo de *follow-up*, de 5 anos, com 131 usuários de *crack*, encontrou que ao final desse tempo, 18,5% (n=23) dos pacientes haviam morrido. As principais causas de morte foram AIDS e homicídios, sendo 13 pacientes por homicídios e seis por AIDS (1, 2). As causas externas são responsáveis pela morte de quase 70% (n=16) dos usuários de *crack*.

O *crack* é uma droga relativamente nova, com alto poder dependógeno e associação com a criminalidade. Apesar de dispormos de algum conhecimento sobre esse fenômeno no Brasil, ele ainda é insuficiente, tanto para o atendimento eficaz de seus usuários como para nortear políticas públicas de prevenção.

Buscando ferramentas úteis para o seu enfrentamento, este estudo tem como objetivo atualizar o conhecimento acerca do *crack*, com ênfase na produção científica brasileira, mostrando também estudos em outros países, pelo desafio que ele representa para a prática clínica e programas de saúde. Foi realizada busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS, BVS, CAPES, CEBRID, SciELO, Livraria Cochrane. Pela importância e abrangência do tema, os autores estenderam-se e o artigo será apresentado em duas partes distintas.

EPIDEMIOLOGIA

Estudos brasileiros sobre o consumo de substâncias psicoativas têm sido realizados (8), com diferentes amostragens, que contemplam estudantes de níveis fundamental e médio, universitários, crianças de rua, institucionalizados, população, e hoje dispomos de evidências suficientes para considerar o consumo de drogas no Brasil um problema de saúde que deve preocupar e mobilizar todos os profissionais e a sociedade em geral.

Com os estudantes dos níveis fundamental e médio de escolas públicas das redes municipais e estaduais, foram realizados cinco levantamentos nacionais pelo CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), sendo o primeiro em 1987, com amostras randomizadas de 10 capitais brasileiras, e o último, em 2004, realizado em 27 capitais (8).

Neste último, o maior número de usuários encontrava-se na faixa etária dos 16 anos em diante, embora 12,7% das crianças de 10 a 12 anos, relatassem ter consumido drogas, pelo menos uma vez na vida. As drogas lícitas, álcool (65,2%) e tabaco (25%), foram as mais consumidas, com 22,6% dos estudantes tendo consumido drogas ilícitas, em algum momento da vida. Os solventes (15,5%) e a maconha (5,9%) lideraram este uso, com 2% dos estudantes referindo já ter consumido cocaína e 0,7% ter consumido *crack*.

Porto Alegre apresentou o maior uso na vida de cocaína e *crack*, 2,3% e 1,5%, entre as três capitais da região Sul. Os meninos, 2,6%, relataram maior uso na vida de cocaína que as meninas, 1,8%. O mesmo ocorre com o *crack*, 2,3% e 0,7%, respectivamente. A comparação entre os cinco levantamentos realizados em Porto Alegre, para uso de drogas na vida, mostra uma tendência de redução do uso na faixa etária dos 10 a 12 anos, em ambos os sexos. Nas demais permanece estável. Para o álcool, há tendência de redução para todas as faixas etárias em ambos os sexos.

Dois levantamentos sobre o consumo de substâncias psicoativas, pela população brasileira, foram realizados também pelo CEBRID, em parceria com a SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas (9, 10). O primeiro, em 2001, envolveu as 107 maiores cidades do país, e o segundo, realizado em 2005, com as 108 maiores cidades.

O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (9) entrevistou 8.589 habitantes com idades entre 12 e 65 anos. Encontrou prevalências de 2,3% de uso na vida para cocaína e 0,4% para o *crack*, sendo que 12,2% dos homens entre 18 e 34 anos relataram já ter usado cocaína, pelo menos uma vez na vida. A maioria deles, 7,2% na faixa etária de 25 a 34 anos. A região Sul apresentou a maior prevalência de uso de cocaína com 3,6% dos sujeitos, relatando uso na vida. O uso de *crack*, na vida, foi relatado por 0,5%.

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (10) entrevistou 7.939 habitantes, encontrando uma prevalência de 2,9% para uso na vida, de cocaína, e 0,7% para o *crack*. Novamente o maior uso de cocaína, na vida, 9,4%, é relatado por homens na faixa etária dos 25 aos 34 anos. O maior uso de *crack*, na vida, também ocorre nessa faixa etária, com 3,2% dos homens relatando seu consumo.

A região Sul tem o maior uso na vida de *crack*, com uma prevalência de 1,1%. A comparação entre os dois levantamentos mostrou o aumento de uso na vida, para o *crack*, que juntamente com a maconha e opiáceos apresentaram o maior crescimento na região. Enquanto no I Levantamento, em 2001, 99,2% dos entrevistados consideravam risco grave à saúde o uso diário de cocaína/*crack*, em 2005 este índice caiu para 96,9%.

As investigações sobre o uso de drogas por universitários, assim como com os profissionais da saúde, têm sido mais frequentes entre os da área médica, e o estresse da profissão tem se mostrado como fator de alto risco para esse consumo. Um estudo de revisão sobre o consumo de substâncias psicoativas entre estudantes de sete universidades brasileiras (11) comparou pesquisas realizadas com estudantes da Universidade de São Paulo (USP) em 1996 e 2001. Houve um aumento significativo para o uso, na vida, de álcool (88,5% X 92%), tabaco (42,8% X 50,5%), maconha (31,3% X 35,3%) e alucinógenos (6,1% X 11,4%).

Para o curso de Medicina, três universidades, das sete pesquisadas, revelaram resultados semelhantes. O álcool e o tabaco foram as drogas mais consumidas pelos estudantes, com relatos de insatisfação com o desempenho acadêmico associado ao uso de substâncias psicoativas e aumento considerável de benzodiazepínicos e anfetaminas nos últimos anos do curso (11).

018-610_crack_NOVO.pmd 338 21/12/2010, 13:38

O usuário de cocaína das universidades brasileiras é, em sua maioria, homen, jovem, com idades entre 20 e 24 anos, solteiro, mora sozinho ou com amigos e sem religião (4). Entre os comportamentos de risco encontram-se a violência, sexo sem proteção e direção perigosa (11).

As internações por cocaína aumentaram desde a década de 90, e sua forma fumada, o *crack*, tem sido, em anos recentes, a principal causa de internação. Ferreira Filho et al. (2003) investigaram as internações ocorridas em seis hospitais psiquiátricos da Grande São Paulo e encontraram que 29,8% dos pacientes usavam cocaína cheirada, 38,4% consumiam *crack* e 31,8% consumiam cocaína em pó e *crack*, com um total de 70% de usuários de *crack* (12).

Pesquisa recente com usuários de *crack* internados na Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro, em Porto Alegre, revelou que 70% faziam uso diário, com uma média de onze pedras ao dia (13). Amostra jovem, com idades entre 16 e 24 anos. Oitenta por cento dos pacientes relataram já ter feito alguma tentativa para interromper o consumo de *crack*, e 43,3% referiu internação anterior. Com antecedentes criminais, 40%, que se mostrou associado a sintomas de depressão, ansiedade e fissura.

Mas, não foi somente no Brasil que o uso de *crack* tornou-se um problema de saúde pública. Em países como Estados Unidos, México, Canadá, Austrália, e na Europa, alcançou as mesmas proporções (14, 15). Na Europa, as estimativas de prevalência baseiam-se nas médias ponderadas encontradas para os países que enviam informações.

Em um estudo multicêntrico europeu (16), as mais altas prevalências do uso de cocaína entre 2001/2, ao longo da vida, são encontradas para o Reino Unido (5,2%) e Espanha (4,9% em 2001). Segundo os dados do relatório anual de 2009 do uso de drogas na Europa, o Reino Unido notificou a existência de 0,5% de consumidores "problemáticos" de *crack* em 2006/2007 (17).

No Canadá, pesquisas recentes têm mostrado o aumento do uso do *crack*, e um estudo com moradores de rua encontrou que 52,2% deles tinham consumido *crack* nos últimos seis meses. Em Toronto, 78,8% dos entrevistados relataram ter fumado *crack* nos últimos seis meses (15).

O usuário de *crack* brasileiro não difere daqueles encontrados em outros países. Ele se caracteriza por ser homem, jovem, poliusuário, baixo nível socioeconômico e educacional, sem trabalho ou vivendo "de bicos", marginalizado, com piores índices sociais e de saúde que os demais, embora nos últimos anos o uso de *crack* tenha se expandido a outras camadas sociais. Trocam sexo por droga e têm maior envolvimento com a criminalidade (4, 18). A imensa maioria inicia o consumo de drogas com o álcool e tabaco, precocemente e com uso pesado, passando à maconha como primeira droga ilícita e seguindo para as demais (18).

Uma diferença importante entre os usuários de *crack* brasileiros e os de alguns países desenvolvidos está na principal causa de morte. Enquanto nestes países as mortes ocorrem por complicações cardiovasculares e cardiopatias causadas pela cocaína, e overdose, no Brasil a principal causa de morte é por homicídio (2, 6).

NEUROBIOLOGIA DA COCAÍNA E *CRACK*

Atualmente, sabe-se que todas as drogas de abuso atuam sobre a neurotransmissão dopaminérgica, mais especificamente sobre a via mesocorticolímbica, que se projeta da área tegmetar ventral (ATV) do mesencéfalo para o núcleo *accumbens* (NAcc) e o córtex pré-frontal (CPF), que compõem o chamado sistema de recompensa cerebral. Essa ação pode ocorrer de forma direta, sobre os neurônios dopaminérgicos, ou indireta, sobre neurônios de outros sistemas que modulam a atividade dopaminérgica (glutamato, GABA, noradrenalina, serotonina, opioides) (19).

A estimulação do NAcc a partir da ativação da via mesolímbica também é responsável pela sensação de prazer obtida com o uso da droga e tem um papel central no reforço dos comportamentos de busca. Já o córtex pré-frontal está envolvido nos processos de tomada de decisões, sendo responsável pelo controle inibitório, e costuma estar hipofuncionante nos dependentes químicos ou indivíduos com outras comorbidades psiquiátricas, principalmente aqueles com sintomas de impulsividade (19, 20, 21).

Está bastante claro na literatura que a cocaína inibe também transportadores de outros neurotransmissores, como noradrenalina e serotonina, mas suas ações no sistema dopaminérgico são consideradas as mais importantes. A hipótese biológica mais aceita na atualidade pressupõe neuroadaptações no sistema de aprendizado e memória no sistema dopaminérgico e no circuito glutamatérgico nos quais as projeções dos neurônios dopaminérgicos estão inseridas (22).

Um dos avanços nas pesquisas neurobiológicas sobre os mecanismos de ação das drogas de abuso foi a identificação dos alvos moleculares das principais drogas, incluindo aqueles relacionados com a cocaína. Isso se tornou possível com o advento das técnicas de *binding* (ligação a radioligantes que podem mostrar e identificar regiões moleculares), a caracterização bioquímica dos sítios de ação das drogas e a aplicação de técnicas de biologia molecular para clonar e isolar esses sítios. Dessa forma, estudos de neuroimagem já podem quantificar e demonstrar alguns danos causados pelas drogas (20).

O incremento na disponibilidade de dopamina cerebral ocorre através do bloqueio do transportador pré-sináptico de dopamina (DAT) pelo uso agudo de cocaína. Isso causa aumento significativo da dopamina na fenda sináptica, lum dos principais motivos que tendem a desencadear o comportamento repetitivo de busca da droga. Já o uso continuado de cocaína associa-se a uma *down-regulation*, qual seja, a depleção de receptores pós-sinápticos de dopamina, de forma que haverá necessidade de maiores níveis de dopamina para manter o impulso sináptico e proporcionar o efeito clínico desejado (23, 24).

Os dependentes químicos apresentam alterações em extensas áreas corticais, em especial na área frontal e tempo-

018-610_crack_NOVO.pmd 339 21/12/2010, 13:38

ral, além de estruturas subcorticais e gânglios da base. Tais alterações estão associadas com padrões alterados de ativação durante tarefas cognitivas, inibição e tomada de decisões. Os usuários de cocaína parecem possuir as maiores alterações dentre os usuários de drogas estudados (25).

Não há estudos específicos para o *crack* no que se refere aos aspectos genéticos ligados aos sistemas dopaminérgicos e serotoninérgicos, embora existam diferenças entre essa droga e a cocaína, especialmente no que se refere à farmacocinética. O *crack* possui maior e muito mais rápida absorção pela via pulmonar. Seu início de ação ocorre entre 8 a 10 segundos e a duração dos seus efeitos também é efêmera (entre 5 a 10 min), o que também aumenta o desejo (fissura) pela droga. Além disso, atinge picos plasmáticos maiores que o uso de cocaína endovascular, características que podem explicar seu alto poder dependógeno (26).

A antiga e popular noção de que nossos genes não se modificam já não está mais correta. Sabe-se que estímulos químicos e outras influências ambientais podem alterar a expressão de uma parcela de seus genes. A cocaína, por exemplo, modifica a expressão de numerosos genes no NAcc, incluindo alguns dos sistemas glutamato e opioide endógenos.

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que cerca de 50% do risco para consumo de cocaína ou outra droga tem caráter genético. Isso é maior do que o encontrado em condições médicas consideradas de alto grau de herdabilidade, como diabetes tipo 2, câncer de mama e hipertensão. Os genes específicos que possam conferir tal herdabilidade permanecem desconhecidos, no caso da cocaína. Uma das possibilidades teóricas é de que pelo menos alguns deles sejam os mesmos genes afetados pela exposição à cocaína (27).

TRATAMENTO

Atualmente várias abordagens de tratamento para dependência de cocaína e *crack* no Brasil vêm sendo discutidas, porém existem muitas controvérsias sobre qual abordagem demonstra maior efetividade na literatura científica. Há um consenso de que a dependência de *crack* exige um tratamento difícil e complexo, pois é uma doença crônica e grave que deverá ser acompanhada por longo tempo (28).

Primeiramente, é de fundamental importância ter claro que não existe um único tratamento que abarque as características multidimensionais da adição (29). A equipe técnica treinada para atender esses usuários precisa ser multiprofissional e interdisciplinar. Em virtude da gênese multifatorial da dependência química, o dependente precisa ser atendido nas diversas áreas afetadas, tais como: social, familiar, física, mental, questões legais, qualidade de vida e enfocando especialmente as estratégias de prevenção de recaída. O tratamento dessas questões é tão importante quanto as estratégias dirigidas ao consumo de drogas.

Devido à alta prevalência de usuários de *crack* em alguns países, investigadores vêm desenvolvendo estudos com o objetivo de comprovar se as técnicas mais eficazes no tratamento de outras dependências químicas podem ser utilizadas no tratamento desse problema (30).

Quanto ao manejo psicoterapêutico para usuários de *crack* e cocaína, intervenções psicossociais, como a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), enfocando a recuperação de habilidades sociais e visando à abstinência, têm demonstrado bons resultados em pacientes que não apresentam graves problemas em decorrência do uso dessas substâncias (31).

Cabe considerar aqui que modelos preventivos de abordagem do tipo Redução de Danos parecem apresentar pouco resultado nessa população de usuários, em função da gravidade da dependência que essa droga causa. Medidas como cachimbos descartáveis ou outras estratégias que se baseiam predominantemente na manutenção de uso seguro – bastante aceitáveis em outras modalidades de uso de substância – não apresentam eficácia comprovada em usuários de *crack* (28).

Ao definir o modelo técnico de abordagem terapêutica, é essencial ter cuidado que ele seja adequado para a idade, gênero, etnia e cultura do paciente, devendo estar estruturado de modo a que, se for necessário, possa ser reformulado conforme as necessidades mutantes dos sujeitos (32).

Em resposta à crescente necessidade de tratamento para essa população, observa-se que tratamentos por longos períodos (seis meses a um ano) têm evidenciado resultados mais promissores. Esse tipo de intervenção deverá oferecer inicialmente internação em ambientes protegidos, como hospitais e instituições especializadas em adições (28). Concomitantemente, as intervenções motivacionais *(motivational interviewing – MI)* e entrevista motivacional (*motivacional enhancement therapy – MET)* procuram auxiliar o paciente a superar a ambivalência inicial para o tratamento, através de uma relação centrada no paciente, com suporte técnico direcionado à mudança do comportamento adicto.

Resultados interessantes estão sendo comprovados através do uso da técnica chamada de gerenciamento de contingências (*contingency managment* e *community reinforcement approach – CRA – plus vouchers*) desenvolvida nos Estados Unidos para dependentes químicos. Essa técnica baseia-se no pressuposto de que o uso de substâncias ilícitas e sua manutenção são mantidos por fatores ambientais e que esse comportamento pode ser modificado, alterando as consequências dessa aprendizagem.

Uma metanálise comparou 47 estudos publicados no período de 1970 a 2002 baseados no modelo de *contingency managment* (CM). Os achados indicaram que essa técnica é capaz de estabelecer e manter a abstinência, mesmo em dependências químicas graves, possibilitando também aos pacientes o desenvolvimento de habilidades psicossociais, e assim prolongando o período de abstinência (33).

Recentemente, uma revisão de 37 estudos randomizados demonstrou que os resultados mais relevantes com dependentes de psicoestimulantes eram provenientes do uso de diferentes técnicas de intervenção comportamental. Os

018-610_crack_NOVO.pmd 340 21/12/2010, 13:38

desfechos apontam maior diminuição de uso de drogas, através de exames de urina negativos, nos estudos que utilizaram a técnica de gerenciamento de contingência. Contudo, novamente a constatação foi de que não existe uma única técnica que abarque completamente a demanda multidimensional relacionada com a dependência de cocaína e *crack* (29).

É importante destacar que, devido aos baixos índices de motivação do dependente e, consequentemente, pouca aderência do paciente ao tratamento, a família e a rede social de apoio exercem um papel de fundamental importância durante o processo de intervenção terapêutica. Contudo, a maioria dos estudos de revisão sobre famílias de dependentes químicos confirma que o universo familiar dessa população é frequentemente disfuncional (34).

Dessa forma, a configuração familiar é considerada uma variável importante no tratamento de dependentes de cocaína e *crack*, como recentemente demonstrado em um estudo comparativo, no Chile, com 236 usuários de cocaína injetável e 231 de usuários de *crack*. Verificou-se que a estrutura e dinâmica de comportamento familiar tiveram uma relevante função na reabilitação dos pacientes (35). Stanton e colaboradores (1997) demonstraram que quando os usuários apresentam diagnóstico claro de Transtorno de Conduta a terapia familiar demonstrou melhores resultados em relação a outras técnicas (36). A mais eficaz foi a terapia familiar conhecida como estratégico-estrutural, que envolve todos os membros da família, enfocando a aliança terapêutica.

Está bastante claro que as comorbidades psiquiátricas podem influenciar na efetividade do tratamento dos usuários de cocaína e *crack*, agravando o prognóstico de ambas as doenças. Por exemplo, vários estudos referem que o uso de cocaína pode ser um fator desencadeador de sintomas psicóticos em usuários de cocaína e *crack*. A necessidade do diagnóstico diferencial é fundamental para o sucesso do tratamento (37).

Uma outra dificuldade no tratamento do uso de *crack* é a ausência de uma medicação específica que reduza o desejo pelos efeitos dessa substância (38). Inúmeros ensaios clínicos já foram realizados a fim de testar medicamentos para o uso de cocaína, como: antidepressivos tricíclicos: imipramina; inibidores seletivos de recaptacão de serotonina-ISRS: fluoxetina, sertralina e paroxetina; anticonvulsivantes e estabilizadores de humor: carbamazepina, gabapentina, lamotrigina, lítio; antipsicóticos e agentes aversivos, como o dissulfiram. Contudo, os resultados são desanimadores (39).

Entretanto, nos EUA, estão sendo realizados vários estudos para testar uma vacina anticocaína (TA-CD), que age no organismo produzindo anticorpos para a cocaína. Seu princípio ativo tem por objetivo isolar a cocaína no soro e consequentemente fazer com que a mesma demore mais a acessar o cérebro. Até agora os resultados preliminares tanto em animais quanto em humanos têm demonstrado resultados promissores.

Em função da gravidade do problema do *crack*, políticas públicas emergenciais e preventivas devem ser implantadas no sentido de oferecer educação/informação, oportunidades gratificantes que concorram com o tráfico ou mesmo aquelas relacionadas à repressão.

No que compete ao tratamento dos casos identificados, é importante que contemplem o modelo médico de assistência (28). Cabe salientar a relevância do treinamento e a capacitação dos profissionais que atenderão esses pacientes, tendo grande impacto nos objetivos do tratamento, possibilitando assim maior efetividade junto a esse perfil de paciente (40). Segundo Willian e colaboradores (2006), deve-se enfatizar a disseminação de novas técnicas de tratamento, baseadas em evidências científicas, para que exista uma padronização no tratamento da dependência química (41).

E, para finalizar, um outro aspecto no tratamento dos usuários de *crack* é aquele oferecido nas *Drug Treatment Courts*, funcionando em alguns países há mais de uma década e destinado a dependentes químicos infratores.

A prática de atos violentos associada à criminalidade vem sendo objeto de estudo sob diversos enfoques. Sabe-se que pela dependência e para obter a droga os consumidores cometem crimes que, no caso do *crack*, são em sua maioria os ligados à prostituição, ao tráfico de entorpecentes e delitos patrimoniais (42).

Ademais, algumas circunstâncias sociais de grande parte dos usuários de *crack* – moradores de rua dos grandes centros urbanos – podem configurar fator de risco para sofrerem coação policial, especialmente diante de políticas como a de "Tolerância Zero", conduzindo-os, invariavelmente, ao conflito com a lei, em maior frequência do que os consumidores de outras drogas (15).

Diante dessa conjuntura, alguns países estão adotando o modelo utilizado pelas *Drug Treatment Courts* para tratarem os infratores usuários de drogas. Esse programa consiste em uma alternativa ao processo criminal convencional, no qual é oferecida ao acusado a suspensão condicional do processo, para que ele ingresse no tratamento da dependência química. Esse mecanismo tem como principais objetivos reduzir o comportamento criminoso e o consumo da droga (43) e, aqui no Brasil, vem sendo denominado de *Justiça Terapêutica*.

A taxa de reincidência (novo crime em um período de cinco anos) tem diminuído entre os sujeitos que concluem o programa, quando comparada aos sujeitos que não ingressam em tratamento. Wiseman (2005) encontrou que, enquanto a prática de uma nova infração varia de 4 a 29% entre os participantes do programa, esse número alcança os 48% em relação aos não participantes (44). Aliás, a maioria da doutrina americana sobre o tema aponta para a mesma direção (45). Estudos australianos (46) e escoceses (47) também apontam a redução da taxa de reincidência em amostras de infratores que concluíram satisfatoriamente a terapia disponibilizada a partir da via judicial.

O modelo de tratamento oferecido pelas *Drug Treatment Courts* é coercitivo, e sobre esta condição cumpre apontar alguns aspectos importantes. Embora existam posicionamentos divergentes quanto à eticidade da coercitibilida-

018-610_crack_NOVO.pmd 341 21/12/2010, 13:38

de da via terapêutica em sede judicial (48), a Organização Mundial da Saúde já se manifestou no sentido de que essa modalidade de ingresso no tratamento no âmbito jurídico é ética e legalmente justificada, desde que observadas as garantias individuais e respeitado o devido processo legal (49). Além disso, o uso da coerção para manter o sujeito engajado no tratamento pode oferecer resultados mais satisfatórios, inclusive, que os obtidos nos tratamentos voluntários (50).

Um estudo de *follow up* de três anos investigou o ingresso no tratamento de 430 usuários de *crack*. Consumiam há sete anos, em média, e quase a metade fumava diariamente. Durante o período da pesquisa, 37,7% ingressou em tratamento, sendo que 43,8% desses haviam sido encaminhados pelo sistema judiciário (51).

Destaca-se que, nos Tribunais de Tratamento de Drogas do Chile, a pasta-base da cocaína foi apontada como o entorpecente mais utilizado dentre os participantes do programa de reabilitação, representando 67% dos casos (52).

Os usuários de drogas infratores podem beneficiar-se e ser recuperados pelo tratamento via *Justiça Terapêutica*, que está disponível em vários Estados e Municípios do Brasil. Os profissionais das áreas da saúde e do direito podem orientar pacientes e familiares para esse recurso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de substâncias psicoativas é atualmente um dos mais preocupantes problemas de saúde pública no mundo. O advento do *crack* trouxe preocupações maiores por suas consequências impactantes para o indivíduo e toda a sociedade. Embora com baixa prevalência na população brasileira, por onde passa deixa um rastro de doenças, violência e criminalidade, justo por atingir, em maior escala, uma parcela com baixa escolaridade, famílias desestruturadas e baixo poder aquisitivo. São em sua maioria jovens que não reconhecem sua dependência e têm grande dificuldade para aderir ao tratamento. Por sua vez, o poder público com parcos recursos e políticas públicas quase inexistentes, não tem condições de abarcar a demanda, e os profissionais da saúde veem-se em uma "saia justa". Mesmo assim há o que fazer e uma boa porcentagem dos usuários de *crack* recuperam-se com o tratamento. É importante que os generalistas estejam atentos e investiguem o uso de drogas por seus pacientes, que inicia com o álcool e o tabaco, para condutas e encaminhamentos apropriados, podendo, dessa forma, prevenir o poliúso e a sequência ao consumo de *crack*. A prevenção sempre será a melhor estratégia e no caso do *crack* ela consiste em prevenir o HIV, DSTs, quadros clínicos, comorbidades psiquiátricas, nascimentos dos *crackbabies* – prematuridade, bebês de baixo peso –, violência e criminalidade. O tratamento dos usuários é, em geral, longo e com abordagem multidisciplinar em que sejam trabalhados os aspectos clínicos, familiares, sociais e legais. Inicia com a internação em leito psiquiátrico, passando ao ambulatório ou comunidades terapêuticas. Como outras doenças crônicas, os consumidores de *crack* necessitam de longo acompanhamento. Estudos e pesquisas são necessários para um maior conhecimento acerca do *crack*, mas os autores esperam ter contribuído com informações que possam orientar condutas e direcionar estratégias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ribeiro M, dunn J, Sesso R, Dias AC, Laranjeira R. Causes of death among *crack* cocaine users. Rev Bras Psiquiatr 2006; 28(3):196-202.
2. Ribeiro M, Dunn J, Laranjeira R, Sesso R. High mortality among young *crack* cocaine users in Brazil: a 5-year follw-up study. Addiction 2004; 99:1133-1135.
3. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de *crack* na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Rev Saúde Pública 2008; 42(4):64-671.
4. Dualibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and *crack* users in Brazil. Cad. Saúde Pública 2008; 24[suppl.4]:545-57.
5. Goldstein RA, DesLauriers C, Burda AM. Cocaine: History, Social Implications, and Toxicity – A Review. Dis Mon 2009; 55:6-38.
6. Schifano F, Corkery J. Cocaine/*crack* cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990-2004). Journal of Psychopharmacology 2008; 22(1):71-79.
7. Falck RS, Wang J, Carlson RG, Siegel HA. *Crack*-Cocaine Use and Health Status as Defined by the SF-36. Addictive Behaviors 2000; 2():579-84.
8. Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini EA. V Levantamento Nacional sobre o consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, 2004.
9. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, 2001.
10. Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Fonseca AM, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS, Moura YG, Sanchez Z van der M. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID/Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, 2006.
11. Wagner GA, Andrade AG de. Uso de álcool, tabaco e outras drogas entre estudantes universitários brasileiros: [revisão]. Rev Psiquiatr Clín 2008; 35(supl.1): 48-54.
12. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. Rev. Saúde Pública 2003; 37(6)751-759.
13. Guimarães CF, Santos DVV, Freitas RC, Araujo RB. Perfil do usuário de *crack* e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). Rev Psiquiatr RS 2008; 30(2):101-108.
14. Fischer B, Coghlan M. *Crack* Use in North American cities: the neglected 'epidemic'. Addiction 2007; 102:1340-41.
15. Fischer B, Rehm J, Patra J, Kalousek K, Haydon E, Tyndall M, El-Guebaly N. *Crack* across Canada: comparing *crack* users and *crack* non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. Addiction 2006; 101:1760-1770.
16. Haasen C, Prinzleve M, Zurhold H, Rehm J, Guttinger F, Fischer G, et al. Cocaine Use in Europe – A Multi-Centre Study. Eur Addict Res 2004; 10:139-146.

018-610_crack_NOVO.pmd 342 21/12/2010, 13:38

17. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. Relatório Anual 2009: a evolução do fenômeno da droga na Europa. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2009.
18. Sanchez Z van der M, Nappo AS. Sequência de drogas consumidas por usuários de *crack* e fatores interferentes. Rev Saúde Pública 2002; 36(4):420-430.
19. Nestler E. Molecular neurobiology of addiction. Am J Addict. 2001; 10(3):201-17.
20. Koob G, Sanna P, Bloom F. Neuroscience of addiction. Neuron. 1998; 21(3):467-76.
21. Kelley A, Berridge K. The neuroscience of natural rewards: relevance to addictive drugs. J Neurosci. 2002; 22(9):3306-11.
22. Thomas M, Kalivas P, Shaham Y. Neuroplasticity in the mesolimbic dopamine system and cocaine addiction. Br J Pharmacol. 2008; 154(2):327-42.
23. Lambert G, Karila L, Lowenstein W. [Neuroimaging and cocaine: mapping dependence?]. Presse Med. 2008; 37(4 Pt 2):679-88.
24. Gatley S, Volkow N, Wang G, Fowler J, Logan J, Ding Y, et al. PET imaging in clinical drug abuse research. Curr Pharm Des. 2005; 11(25):3203-19.
25. Verdejo-García A, Pérez-García M, Sánchez-Barrera M, Rodriguez-Fernández A, Gómez-Río M. [Neuroimaging and drug addiction: neuroanatomical correlates of cocaine, opiates, cannabis and ecstasy abuse]. Rev Neurol. 2007; 44(7):432-9.
26. Romano M, Ribeiro M, Marques A. Abuso e Dependência da Cocaína (Projeto Diretrizes). Associação Brasileira de Psiquiatria; 2002.
27. Nestler E. The neurobiology of cocaine addiction. Sci Pract Perspect. 2005; 3(1):4-10.
28. Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 2008; 30(2):96-98.
29. Knapp WP, Soares B, Farrell M, de Lima SM. Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1, 2009.
30. Lopez A, Becoña E, Vieitez I, Cancelo J, Sobradelo J, Garcia J, et al. [What happens in a cocaine-dependent sample after 24 months of treatment?]. Adicciones 2008; 20(4):347-55.
31. Mcclelland, GT. The effects and management of *crack* cocaine dependence. Nursing Times 2005; 101(29): 26-27.
32. Pinho P, Oliveira M, Almeida M. The psychosocial rehabilitation of individuals with alcohol and drug use disorders: a possible strategy? Rev Psiquiatr Clín. 2008; 35(1):82-8.
33. Prendergast M, Podus D, Finney J, Greenwell L, Roll J. Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis. Addiction. 2006; 101(11):1546–1560.
34. Guimarães A, Hochgraf P, Brasiliano S, Ingberman Y. Family aspects of alcohol and drug-dependent in adolescent girls. Rev Psiquiatr Clín. 2009; 36(2):69-74.
35. Carmona CGH, Barro RS, Toba JR, Canobr VH, Montequín EA. Family fuction of out-of-treatment cocaine base paste and cocaine hydrochloride users 1: Addict Behav 2008; 33(7):866-79.
36. Stanton M, Shadish W. Outcome, attrition, and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. Psychol Bull. 1997; 122(2):170-91.
37. Kessler F, Woody GE, Boni R, Diemen LV, Benzano D, Faller S, Pechansky F. Evaluation of psychiatric symptoms in cocaine users in the Brazilian public health system: Need for data and structure. Public Health 2008; 122:1349-1355.
38. Karila L, Gorelick D, Weinstein A, Noble F, Benyamina A, Coscas S et al. New treatments for cocaine dependence: a focused review. Int J Neuropsychopharmacol. 2008; 11(3):425-38.
39. Preti A. New developments in the pharmacotherapy of cocaine abuse. Addict Biol. 2007; 12(2):133-51.61.
40. Moos R. Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. Drug Alcohol Depend. 2007; 88(2-3):109-21.
41. William R, James LM, Sorensen JA, Selzer GSB. Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. Journal of Substance Abuse Treatment 2006; 31:25– 39.
42. Oliveira LG, Nappo SA. Caracterização da cultura de *crack* na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. Rev Saúde Pública 2008; 42(4):64-671.
43. Galloway AL, Drapela LA. Are Effective Drug Courts an Urban Phenomenon?: Considering Their Impact on Recidivism Among a Nonmetropolitan Adults Sample in Washington State. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2006; 50:280-293.
44. Wiseman CM. Drug Courts: Framing Policy to Ensure Success. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology. 2005; 49; 235-238.
45. United States Government Accountability Office. Adult Drug Courts: evidence indicates, recidivism reductions and mixed results for other outcomes. Report to Congressional Committees. 2005.
46. Passey M, Botilho J, Scantleton J, Flaherty B. The Magistrates Early Referral Into Treatment (MERIT) pilot program: court outcomes and recidivism. The Australian and New Zealand Journal of Criminology 2007; 40(2):199-217.
47. McIvor G. Therapeutic jurisprudence and procedural justice in Scottish Drug Courts. Criminology and Criminal Justice. 2009; 9(1): 29-49
48. Seddon T. Coerced drug treatment in the criminal justice system: Conceptual, ethical and criminological issues. Criminology and Criminal Justice. 2007; 7(3): 269-286.
49. Weatherburn D, Topp L, Mildord R, Allsopp S. Drug Crime Prevention and Mitigation: A Literature Review and Research Agenda. Sidney: New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research, 2000.
50. Freitas CC. Tratamento não voluntário em países da região europeia: Princípios éticos, organização e resultados. Disponível em: <http://www.anjt.org.br/index.php?id=99&n=87>. Acesso em: 10 de jan. 2008.
51. Siegal HA, Falck RS, Wang J, Carlson RG. Predictors os drug abuse treatment entry among *crack*-cocaine smokers. Drug and alcohol dependence. 2002; 68: 159-166.
52. Dropplemann C. Análisis del proceso de implementación de los Tribunales de Tratamiento de Drogas en Chile. Santiago: Fundación Paz Ciudadana, 2008.

✉ Endereço para correspondência:
Gilda Pulcherio
Av. Carlos Gomes, 141/310
90480-003 – Porto Alegre, RS – Brasil
☎ (51) 3354-7688
gilda@ippad.com.br

Recebido: 22/4/2010 – Aprovado: 26/4/2010

018-610_crack_NOVO.pmd 343 21/12/2010, 13:38