



PARTE 1

**SUBSÍDIOS TEÓRICOS
PARA O TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA
DE *CRACK***



► EPIDEMIOLOGIA

CAPÍTULO 1

HISTÓRICO DO CONSUMO DE *CRACK* NO BRASIL E NO MUNDO

LUCIANE OGATA PERRENOUD / MARCELO RIBEIRO

O consumo de cocaína pela via pulmonar era praticamente desconhecido na América do Sul antes dos anos 1970.¹ Na época, o hábito de fumar a pasta de folhas de coca começou a tornar-se popular, sofrendo aumento progressivo ao longo década, tanto nos países produtores quanto nos Estados Unidos.²⁻⁴ A pasta de folha de coca, ou pasta básica (sulfato de cocaína), é obtida a partir da maceração ou pulverização das folhas de coca com solvente (álcool, benzina, parafina ou querosene), ácido sulfúrico e carbonato de sódio.^{2,5} Nos países andinos, é chamada de *basuco*, evocando a natureza da mistura (alcalina) e a potência de seus efeitos psicotrópicos (*bazuca*).¹

■ A PASTA BÁSICA E O *FREEBASING*

Na transição para os anos 1980, surgiu nos Estados Unidos a *cocaína na forma de base livre*, ou *freebasing*, sintetizada a partir da adição de éter sulfúrico a cocaína refinada em meio aquoso altamente aquecido.⁶ Devido ao risco de explosão, o *freebasing* era fabricado apenas em escala doméstica e acabou caindo em desuso.⁷ Assim como o consumo da pasta básica, o *freebasing* é considerado um precursor do consumo de *crack* nos Estados Unidos.⁸⁻¹⁰

■ OS PRIMEIROS TEMPOS DO *CRACK*

O *crack* surgiu entre 1984 e 1985 em bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami.¹⁰ Era obtido a partir de um processo caseiro¹¹ e utilizado em grupos, em casas abandonadas e precárias (chamadas *crack houses*).¹² Os cristais eram fumados em cachimbos e estralavam (*cracking*) quando expostos ao fogo, daí o nome da

O consumo de cocaína pela via pulmonar era praticamente desconhecido na América do Sul antes dos anos 1970.¹

droga.¹¹ Essa substância produzia uma euforia de grande magnitude e curta duração, seguida de fissura intensa e desejo por uma nova dose.¹³

Em geral, os usuários de *crack* eram, em sua maioria, jovens,^{8,9} usuários de cocaína refinada atraídos pelo baixo preço da substância, usuários de maconha e poliusuários, que o adicionaram a seu padrão de consumo, e, ainda, indivíduos que adotaram o *crack* como sua primeira substância. Após o advento da aids, usuários de cocaína por via intravenosa, geralmente mais velhos, também optaram pelo *crack* em busca de vias de administração mais seguras, sem diminuição da intensidade dos efeitos.¹⁴ O baixo preço também atraiu novos consumidores, de estratos sociais mais baixos, que pagavam por dose consumida.¹⁵ O consumo de cocaína e de seus derivados nos Estados Unidos se alastrou, tornando esse país o maior mercado consumidor por décadas.

■ A CHEGADA DO CRACK AO BRASIL

As informações sobre como o *crack* chegou ao País são geralmente provenientes da imprensa ou de órgãos policiais. As apreensões dessa substância realizadas pela Polícia Federal tiveram início a partir dos anos 1990, aumentando em 166 vezes no período de 1993 a 1997;¹⁶ já a apreensão da pasta básica no mesmo período na Região Sudeste teve um aumento de 5,2 vezes.¹⁶ Algumas evidências apontam para o surgimento da substância em bairros da zona leste de São Paulo (São Mateus, Cidade Tiradentes e Itaim Paulista), para, em seguida, alcançar a região da Estação da Luz (conhecida como “Cracolândia”), no centro da cidade.¹⁷ Depois disso, o consumo espalhou-se para vários outros pontos da cidade, em decorrên-

cia do ambiente de exclusão social¹⁷ e da repressão policial no centro.¹⁸

Levantamentos epidemiológicos não apontavam o uso do *crack* antes de 1989 – utilizando como exemplo meninos em situação de rua, não havia relato de consumo até esse ano. Já em 1993, o uso em vida atingiu 36% e, em 1997, 46%.¹⁹ No início dos anos 1990, os serviços ambulatoriais especializados passaram a sentir o impacto do aumento do consumo, sendo que, em alguns, a proporção de usuários de *crack* entre os dependentes de cocaína que buscavam tratamento passou de 17%, em 1990, para 64% em 1994, atingindo níveis superiores a 70%.²⁰

Inicialmente, o consumo da substância atingiu uma faixa de usuários atraídos pelo preço reduzido em relação à cocaína, outros em busca de efeitos mais intensos. Além disso, alguns adeptos do uso injetável de cocaína abandonaram essa via de administração com receio da contaminação pelo HIV, escolhendo o *crack* como alternativa.¹⁴

A primeira investigação sobre o consumo de *crack* no Brasil foi um estudo etnográfico realizado no município de São Paulo, envolvendo 25 usuários vivendo na comunidade,²¹ cujo perfil era: homens, com menos de 30 anos, desempregados, com baixa esco-

Inicialmente, o consumo da substância atingiu uma faixa de usuários atraídos pelo preço reduzido em relação à cocaína, outros em busca de efeitos mais intensos. Além disso, alguns adeptos do uso injetável de cocaína abandonaram essa via de administração com receio da contaminação pelo HIV, escolhendo o *crack* como alternativa.¹⁴

laridade e poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas. Os autores relataram que o aparecimento da substância e a popularização de seu consumo tiveram início a partir de 1989. Um perfil semelhante foi retratado em estudos com usuários de diversos serviços da capital paulista.¹⁴

A mortalidade atingiu um grande número desses usuários: 18% de uma amostra de 131 pacientes internados para desintoxicação na cidade de São Paulo morreram em cinco anos após a alta, sendo os homicídios a causa mais frequente.^{22,23} Um amplo levantamento epidemiológico realizado em Belo Horizonte (MG) chegou à mesma conclusão: uma relação intrínseca entre homicídios e *crack*, decorrente, principalmente, do tráfico de drogas.²⁴ A relação entre tráfico de drogas e aumento das taxas de homicídio também foi documentada por estudos em outras capitais brasileiras, como, por exemplo, Rio de Janeiro²⁵ e Porto Alegre.²⁶

■ DEZ ANOS DEPOIS

No início dos anos 2000, instituições ligadas à infância e a imprensa anunciaram uma provável redução do consumo de *crack* em São Paulo, bem como da procura por atendimento na rede pública municipal de saúde.²⁷ Parecia que o problema do uso do *crack* se reduziria, como era observado em países como os Estados Unidos e a Inglaterra, que investem em pesquisa e políticas públicas. No entanto, ocorreu o oposto. Os dois levantamentos domiciliares (2001 e 2005) realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)²⁸ mostraram que o consumo dessa droga quase dobrou. Os dados também revelam índices crescentes do consumo por região do País: comparativamente, de 2001 até o levanta-

mento realizado em 2005, a Região Sul passou de 0,5 para 1,1% para *uso na vida*, tendo o maior consumo, seguida da Região Sudeste, com 0,8%. Não houve relatos de uso de *crack* no Norte, no entanto, essa foi a região com o maior uso na vida de merla (1,0%), outra forma de cocaína fumada.²⁸

Os motivos dos usuários para o consumo também se alteraram. Em meados dos anos 1990, “a busca por sensação de prazer” era a justificativa da maioria. No final da mesma década, porém, o consumo era estimulado por compulsão, dependência ou como forma de lidar com problemas familiares e frustrações – o pensamento do usuário se reduzia ao consumo do *crack*, em detrimento do sono, da comida, do afeto e do senso de responsabilidade.²⁹ Além disso, atingia usuários de todas as classes sociais, que consideravam os serviços de atendimento públicos insuficientes e inadequados para suas necessidades – dado coletado há mais de 10 anos.²⁹

Nunca existiram políticas públicas específicas para o *crack* e seus usuários, apesar de a demanda por tratamento ser a que mais

Os motivos dos usuários para o consumo também se alteraram. Em meados dos anos 1990, “a busca por sensação de prazer” era a justificativa da maioria. No final da mesma década, porém, o consumo era estimulado por compulsão, dependência ou como forma de lidar com problemas familiares e frustrações – o pensamento do usuário se reduzia ao consumo do *crack*, em detrimento do sono, da comida, do afeto e do senso de responsabilidade.²⁹

cresceu entre as drogas ilícitas nos últimos anos. Desse modo, enquanto os agentes de saúde aguardavam o desaparecimento espontâneo e milagroso desse grupo, surgiram novas facetas desse modo de consumo, como a associação entre o uso de *crack* e a infecção pelo HIV³⁰ e a violência contra e entre os usuários, para citar apenas duas delas.³¹ Há grandes diferenças entre os usuários de *crack* e os de cocaína inalada, sendo mais comum entre os primeiros o consumo de outras drogas, bem como o envolvimento em contravenções.³² Quanto ao tempo de uso, ao contrário do que se supunha anteriormente, há um grupo de usuários que utiliza o *crack* há mais de 10 anos de forma ininterrupta, apontando para uma provável adaptação à cultura do uso.^{33,34}

■ ATUALIDADES

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU),³⁵ nos últimos anos, a demanda por cocaína tem declinado em mercados tradicionais como os Estados Unidos e ganhado espaço em outros, especialmente na Europa e em países emergentes. Na Europa, o número de usuários dobrou de 2,0 milhões, em 1998, para 4,1 milhões em 2008. Entre os países europeus, Espanha, Reino Unido e Itália tiveram os crescimentos mais significativos.³⁶ Entre os emergentes, Venezuela, Equador, Brasil, Argentina e Uruguai, bem como países da América Central (Guatemala e Honduras) e do Caribe (Jamaica e Haiti), tiveram o maior incremento. O Brasil constitui o maior mercado na América do Sul em números absolutos: há mais de 900 mil usuários de cocaína no País.³⁵

■ DISCUSSÃO

O histórico do uso de *crack* no Brasil passou por consideráveis mudanças nos últimos 20 anos e se tornou uma realidade grave e perene que necessita de soluções específicas e com durabilidade. O perfil dos consumidores de *crack* no País – jovens, desempregados, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo, provenientes de famílias desestruturadas, com antecedentes de uso de múltiplas drogas e comportamento sexual de risco –^{37,38} dificulta sua adesão ao tratamento, sendo necessárias abordagens mais intensivas e diversificadas. Outras dificuldades do usuário de cocaína e *crack* para a adesão ao tratamento é o não reconhecimento do consumo como um problema, passando pelo *status* de ilegal e a criminalidade relacionada a essas drogas, pela estigmatização e pelos preconceitos, pela falta de acesso ou pela não aceitação dos tipos de serviços existentes.³⁷

O uso de *crack* vem sendo observado em idades cada vez mais precoces,³⁹ em todo o País⁴⁰ e em todas as classes sociais.^{29,38} Trata-se de uma droga de fácil obtenção,^{28,38} cujo consumo em geral é precedido pelo consumo de álcool e/ou tabaco.^{29,32,37,38} Desse modo, as políticas públicas brasileiras precisam ser direcionadas para a prevenção do consumo nessas populações, visando primeiramente programas efetivos de prevenção de consumo de drogas lícitas, atentando à geopolítica das drogas. Para tanto, são necessários modelos de atenção capazes de reduzir o custo social das drogas e que considerem sua natureza biológica e psicossocial. Todos os modos de atendimento que privilegiaram uma abordagem em detrimento da

O uso de *crack* vem sendo observado em idades cada vez mais precoces,³⁹ em todo o País⁴⁰ e em todas as classes sociais.^{29,38} Trata-se de uma droga de fácil obtenção,^{28,38} cujo consumo em geral é precedido pelo consumo de álcool e/ou tabaco.^{29,32,37,38}

outra se mostraram ineficazes.⁴¹ É preciso diversificar as opções de atendimento, criando serviços intermediários entre o ambulatório e a internação, como moradias-assistidas e hospitais-dia (e noite). É preciso, também, integrar melhor a rede existente, incluindo um maior entrosamento entre a rede pública e os grupos de autoajuda e as comunidades terapêuticas que souberam se modernizar e adaptar às normas mínimas da Anvisa. Essas são ações aparentemente simples, baratas e comprovadamente eficazes que poderão alterar de forma positiva o panorama da saúde pública em relação a essa substância nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

1. Negrete JC. Cocaine problems in the coca-growing countries of South America. In: Bock GR, Whelan J, editors. Ciba Foundation Symposium 166 – Cocaine: scientific and social dimensions. Chichester: John Wiley & Sons; 1992. p. 40-56.
2. Maass VJ, Kirberg BA. La epidemia de cocaína: morbo en el norte de Chile. *Rev Psiquiatr.* 1990;7(4):639-47.
3. Wallace BC. Crack cocaine: a practical treatment approach for the chemically dependent. New York: Brunner/Mazel; 1991.
4. Morgan JP, Zimmer L. The social pharmacology of smokeable cocaine: not all it's cracked up to be. In: Reinerman C, Levine HG. Crack in America: demon drugs and social justice. Berkeley: University of California Press; 1997. p. 131-70.
5. Escohotado A. Historia de las drogas. Madrid: Alianza Editorial; 1998. v. 3.
6. Castaño GA. Cocaínas fumables en Latinoamérica. *Addicciones.* 2000;12(4):541-50.
7. Siegel RK. Changing patterns of cocaine use: longitudinal observations, consequences, and treatment. *NIDA Res Monogr.* 1984;50:92-110.
8. Hamid A. Crack: new directions in drug research. Part 1. Differences between the marijuana economy and the cocaine/crack economy. *Int J Addict.* 1991;26(8):825-36.
9. Hamid A. Crack: new directions in drug research. Part 2. Factors determining the current functioning of the crack economy – a program for ethnographic research. *Int J Addict.* 1991;26(9):913-22.
10. Reinerman C, Levine HG. The crack attack: politics and media in the crack scare. In: Reinerman C, Levine HG. Crack in America: demons drugs and social justice. Berkeley: University of California Press; 1997. p. 18-52.
11. Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J, editors. Ellenhorn's medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997.
12. Geter RS. Drug user settings: a crack house typology. *Int J Addict.* 1994;29(8):1015-27.
13. DuPont RL, editor. Crack cocaine: a challenge for prevention. Rockville: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; 1991. OSAP prevention monograph, 9.
14. Dunn J, Laranjeira RR. Transitions in the route of cocaine administration-characteristics, direction and associated variables. *Addiction.* 1999;94(6):813-24.
15. Blumstein A, Rivara FP, Rosenfeld, R. The rise and decline of homicide – and why. *Annu Rev Public Health.* 2000;21:505-41.
16. Procópio A. O Brasil no mundo das drogas. Petrópolis: Vozes; 1999.
17. Uchôa MA. Crack: o caminho das pedras. 2. ed. São Paulo: Ática; 1996.
18. Dimenstein G. Repressão amplia limites da crackolândia. *Folha de São Paulo.* 1999;11:3-8.
19. Noto AR, Nappo SA, Galduróz JCF, Mattei R, Carlini EA. IV levantamento sobre uso de drogas entre crianças e adoles-

- centes em situação de rua de seis capitais brasileiras: 1997. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 1998.
20. Dunn J, Laranjeira RR, Silveira DX da, Formigoni ML, Ferri CP. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Subst Use Misuse*. 1996;31(4):519-27.
21. Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. Uso do "crack" em São Paulo: fenômeno emergente? *Rev ABP-APAL*. 1994;16(2):75-83.
22. 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.
23. Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Lima MS, Laranjeira R. Crack cocaine: a five year follow-up study of treated patients. *Eur Addict Res*. 2007;13(1):11-9.
24. Centro de Pesquisas em Segurança Pública. Os impactos do crack na saúde pública e na segurança pública. Belo Horizonte: PUC Minas; 2010.
25. Souza ER, Assis SG de, Silva CMFP da. Violência no município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Rev Panam Salud Pública*. 1997;1(5):389-98.
26. Santos SM, Barcellos C, Carvalho MS, Flores R. Detecção de aglomerados espaciais de óbitos por causas violentas em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(5):1141-51.
27. Dimenstein G. A pedagogia do crack. FolhaOnline [Internet]. 2010 [capturado em 8 abr. 2011]. Disponível em: <http://www.uol.com.br/folha/dimenstein/gilberto/gd100700.htm>.
28. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005 [Internet]. Brasília: SENAD; 2006 [capturado em 8 abr. 2011]. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br>.
29. Nappo SA, Galduróz JC, Raymundo M, Carlini EA. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs*. 2001;33(3):241-53.
30. Malta M, Monteiro S, Lima RMJ, Bauken S, Marco A de, Zuim GC, et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):830-7.
31. Carvalho HB de, Seibel SD. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics*. 2009;64(9):857-66.
32. Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: do they represent a different group? *BMC Public Health*. 2006;6:10.
33. Dias AC, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira R. Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years. *Subst Abuse*. 2008;29(3):71-9.
34. Abeid-Ribeiro L. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga [dissertação]. São Paulo (SP): UNIFESP; 2010.
35. United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention. Global illicit drug trends 2010. Vienna: UNODCCP; 2010.
36. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue [Internet]. Belgium: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2007 [capturado em 8 abr. 2011]. Disponível em: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44748_EN_TDSI07002_ENC.pdf.
37. Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Supl 4:s545-57.
38. Oliveira LG de, Nappo SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):664-71.
39. 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 – 2004 [Internet]. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 2005 [capturado em 8 abr. 2011]. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br>.
40. Noto AR, Galduróz JCF, Nappo SA, Fonseca AM, Carlini CMA, Moura YG, et al. Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003 [Intranet]. São Paulo: CEBRID/UNIFESP; 2003 [capturado em 8 abr. 2011]. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/index.php>.
41. Miller WR, Hester RK. Treating alcohol problems: toward an informed eclecticism. In: Hester RK, Miller WR, editors. *Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives*. 3rd ed. Boston: Allyn & Bacon; 2003. p. 1-12.