

# Infância, adolescência e Uso de Cocaína/crack

Vilma Aparecida da Silva, Marina Coelho dos Santos, Marco Bessa

## 1. Introdução

Infância e adolescência são períodos da vida caracterizados pela maior vulnerabilidade ao ambiente, o que se expressa, no caso deste ambiente ser aversivo, em prejuízo do desenvolvimento psicossocial. Do ponto de vista biológico ocorre nesta época refinamento de conexões sinápticas, amadurecimento de regiões relacionadas à lingüística e o desenvolvimento de sistemas de neurotransmissores relacionados à estimulação, inibição e à resposta ao estresse (22). Estes fatores biológicos, aliados à necessidade de inserção social, formação da personalidade, preparação para papéis adultos e aprendizado social que ocorrem criticamente neste período, aumentam a vulnerabilidade.

Agressores deste desenvolvimento são identificados na literatura, estando entre os mais comuns os transtornos psiquiátricos e o consumo de drogas psicoativas. Favorecendo a iniciação precoce ao consumo encontram-se os fatores de risco ambientais entre os quais se destacam, entre outros, as expectativas favoráveis à droga, o consumo de drogas pelos pais, a saída precoce da escola (18), e também características individuais. Dentre estas citamos: a deficiência para controlar o comportamento e regular emoções relacionadas com demandas sociais, impulsividade, agressão reativa, busca de sensações e tendência excessiva comportamentos de correr riscos, colocando-se em situações de perigo e início de atividade sexual precoce (4). A predisposição genética à progressão do uso para a dependência tem sido documentada (15).

## 2. Cocaína/Crack

Das várias substâncias que podem ser experimentadas durante este período da vida, a cocaína, especialmente em uma de suas formas fumadas, o crack, gera grande preocupação dada a rapidez com que pode levar a padrões comportamentais que já caracterizam dependência. Estudo realizado com jovens de classe média americana assistidos em clínicas ambulatoriais documentou a evolução do consumo: de 464 adolescentes que faziam uso abusivo de drogas, 28% fumaram crack. (20). Destes, 67% experimentaram (1 a 9 vezes), 18% fumaram mais de 50 vezes (usuários intensos). Destes últimos, 60% progrediram da iniciação para o uso semanal em menos de 3 meses. Observação importante foi que 50% dos que experimentaram e todos os que usaram de maneira intensa relataram preocupação com pensamentos sobre o crack, rápida perda da habilidade de modular seu uso da droga e rápido desenvolvimento de tolerância. Associados com o aumento do uso de crack estavam sentimentos de suspeição, desconfiança e humor depressivo. O mesmo estudo relata que aqueles que apenas cheiraram cocaína não experimentaram convulsões, mas estas ocorreram em 1% dos que experimentaram e 9% dos que fumaram pelo menos 10 vezes. Os autores concluem que o uso de crack por adolescentes de classe média é associado com dependência rápida e sérias complicações médicas e comportamentais.

A cocaína, estimulante do sistema nervoso central, pode ao menos em teoria derivada de estudos animais ser percebida pelo adolescente como mais reforçadora dada a hiperatividade do sistema dopaminérgico nesta época (6). A cocaína produz euforia por bloqueio da recaptção de dopamina e este é seu primeiro efeito. Na seqüência do uso relacionamos abaixo os efeitos da droga:

A) Euforia: efeitos estimulantes, ativação psicomotora, aumento da energia, excitação sexual, levando a comportamentos sexuais de risco. Dura poucos minutos, mas leva a uma compulsão originada do prazer reforçador.

B) Desequilíbrio hedônico: acabando o estoque de cocaína, o paciente fica deprimido, irritável e paranóide. Podem ser necessários vários dias para a recuperação. Neste período o indivíduo sofre as conseqüências do fato de que a cocaína eleva o limiar para eventos reforçadores. Isso ocorreria por indução de hipoatividade dopaminérgica.

C) Perda do Controle: no paciente dependente de cocaína já foram descritas importantes alterações em neuroimagem do córtex pré-frontal, e em animais, estudos sugeriram que estas seriam produzidas pela cocaína. Esta é uma região de neurotransmissão dopaminérgica e glutamatérgica fortemente associada à função cognitiva e, portanto ao aprendizado.

## 3. O fenômeno do "craving"

De grande importância, de mais difícil compreensão, e constitui o grande desafio no tratamento da dependência.

Representa o desejo intenso, acompanhado de sensações somáticas e comportamento motor, que determina a recaída (traduzido muitas vezes por fissura).

A vulnerabilidade crônica à recaída é um dos maiores desafios no tratamento do dependente químico. Assim, grande parte do foco da pesquisa sobre dependência tem sido direcionada para os

mecanismos da recaída. Os dois fatores precipitadores mais importantes na recaída incluem a fissura pela droga, "craving", e o estresse, que se interrelacionam.

O fenômeno do "craving" é de difícil definição, mas pode ser considerado como uma força propulsora direcionada e urgente no sentido do uso da droga. Este fenômeno integra o próprio conceito de dependência. Das pesquisas sobre o assunto, sabe-se que o estresse contribui para o aparecimento do "craving" e há evidências de superposição entre mecanismos neurais e neuroendócrinos implicados no desejo pela droga evocado por pistas associadas a drogas e estresse.

A implicação destes fenômenos para a criança e o adolescente pode ser compreendida dentro da própria neurobiologia da dependência (21) e dentro do desenvolvimento Psicossocial, que será alterado por desviar o aprendizado de comportamentos necessários para o crescimento para o do consumo da droga.

#### **4. Conseqüências do uso**

Estudos em animais também relacionam a exposição à cocaína durante a adolescência ao aumento da agressividade (10). Em seres humanos o aumento da probabilidade de comportamentos violentos após a exposição à cocaína é relatado por Araújo Ribeiro (1) que encontrou em seu estudo um excesso de mortalidade de 21,6 óbitos/1000 habitantes em usuários de crack. O autor discute a violência e criminalidade associada ao crack enquanto fenômeno social: a venda relacionada à competitividade entre grupos, comandados por adolescentes marginalizados e excluídos do mercado de trabalho, naturalmente mais imaturos e impulsivos e muitas vezes dependentes da substância. São freqüentes os comportamentos violentos associados à precariedade social.

No adolescente a história de uso de droga é mais curta do que no adulto e desta forma, a procura por serviços de saúde é mais relacionada com traumas ou overdose, mais freqüente neste grupo pela inexperiência. Nestes serviços, quando o adolescente tem seu uso detectado, o próximo passo é determinar o estágio do uso e a prontidão para a mudança como parte essencial ao início da abordagem terapêutica. Esta deverá, através da entrevista motivacional, ajudá-los a reconhecer a relação potencial entre o uso da substância e as conseqüências para a saúde.

Vale lembrar que a cocaína inalada absorvida pela mucosa do nariz, é mais comum entre adolescentes e a pesquisa indica que essa via pode transmitir a hepatite C (18).

O crack tornou-se disponível no Brasil no início da década de 90. A cocaína e o crack são consumidos por 0,3% da população mundial. No Brasil, cerca de 2% dos estudantes já usou cocaína pelo menos uma vez na vida e 0,2% o crack (5). Apesar da porcentagem parecer pequena, a cocaína é a substância ilícita mais utilizada entre aqueles que procuram atendimento de emergência, sendo responsável por 30 a 40% das admissões relacionadas a drogas ilícitas, com uma população jovem, de 15 a 45 anos (14). É importante destacar que entre as crianças e adolescentes em situação de rua o uso experimental (na vida) da cocaína, crack e/ou merla foi citado em todas as capitais brasileiras. E o uso recente de crack foi relatado em 22 capitais. Os maiores índices foram encontrados em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória (entre 15 e 26 %), seguidas de Natal, João Pessoa, Fortaleza, Salvador e Belo Horizonte (entre 8 e 12 %). (19) As complicações podem estar relacionadas à via de administração ou aos próprios efeitos farmacológicos da droga, variando de broncopneumonias, angina pectoris até quadros psiquiátricos (pânico, depressão, psicoses).

Dado o efeito vasoconstritor da droga, preocupa a possibilidade de isquemia em área cerebrais. De fato, há evidências de déficits neurocognitivos permanentes em pacientes usuários crônicos de estimulantes, assim como alteração do fluxo cerebral evidenciadas em exames de neuroimagem, o que implica na necessidade de uma avaliação neurológica cuidadosa dos usuários (12). Além disso, a adolescência é em geral, o período de aparecimento de muitos transtornos psiquiátricos. Em trabalho sobre a transição entre vias de administração foi detectado que embora 87% dos jovens brasileiros tenham iniciado cheirando, a transição para vias mais prejudiciais, como fumar crack ou injetar, se deu com maior freqüência entre aqueles que iniciaram o uso mais precocemente (8).

#### **5. Tratar o Adolescente**

O tratamento do adolescente deve compreender os vários domínios de sua vida, de forma a englobar a situação familiar, escolar, saúde geral, comportamento sexual de risco, envolvimento em comportamento delinqüente, saúde psiquiátrica e ocupação. "(...) o comportamento do adolescente usuário de substância psicoativa, não deve ser considerado isoladamente, necessita ser examinado sob um ponto de vista biopsicossocial (...)" (18).

Uma avaliação compreensiva no início do tratamento deverá abranger todos estes aspectos, além de focar o histórico do envolvimento com a droga e o estágio motivacional. Existem instrumentos que facilitam a avaliação pelo clínico (22).

No caso da cocaína/crack, o tratamento do adulto tem tido como centro a terapia cognitivo comportamental e a farmacoterapia. Dentro da especificidade do adolescente abordaremos estes dois aspectos nas sessões seguintes. É importante lembrar porém que falta pesquisa de qualidade sobre o tratamento do adolescente que abusa de substância.

Em 1991, Catalano (7) concluiu que algum tratamento é melhor do que nenhum e que nenhum era superior ao outro. Taxas de recaída costumam ser altas. Mesmo os que recaem, entretanto podem melhorar em outras áreas como comportamento geral e desempenho escolar. Frequentemente abusam muitas drogas de uma só vez. Abordagem muito comum é o modelo Minnesota, mas as necessidades únicas do adolescente exigem que o tratamento seja compreensivo e focado em múltiplos domínios. O tratamento deve objetivar o aumento dos fatores de proteção enquanto diminui os de risco. A medicação para transtornos psiquiátricos co-existent é fundamental.

O uso de drogas ilícitas parece ser, de qualquer forma, menos estável que o uso de álcool e cigarros e aqueles que continuam com a maturidade a usar substâncias ilícitas fazem isso em menor intensidade do que os mais jovens. A respeito do uso e abuso de substâncias pelo adolescente as conseqüências são muito mais difíceis de identificar que os fatores de risco. Os fatores de risco provavelmente interagem com o uso da droga, atuando sinergicamente para produzir resultados desfavoráveis. É difícil encontrar evidências para muitos problemas que parecem obviamente conseqüências do uso, como prejuízo educacional ou problemas sociais. No entanto, é sabido que a relação com as drogas é muito mais complicada, predispondo a maior risco de dependência, nas pessoas que iniciaram o uso na adolescência.

### **3.1 A abordagem motivacional e cognitivo-comportamental**

Podemos caracterizar a adolescência como um período de crises. Conseqüência das transformações que trazem em si o caráter vital do desenvolvimento, do amadurecimento, das pressões sociais, da escolha profissional, do aumento das responsabilidades e atribuições. É um período de crise com a percepção da possível emergência de circunstâncias desagradáveis ou problemáticas, que representam ameaça ou perda. As questões emocionais na adolescência se fazem de extrema importância para os jovens já que repercutem direta ou indiretamente na formação da identidade do mesmo. O adolescente vivencia emocionalmente diversos lutos. Ele perde a noção de seu próprio corpo que se modifica, não sendo mais um corpo infantil. Sua relação com os pais se diferencia, já que ele não é mais uma criança, e sua identidade infantil vai se perdendo, fazendo-se buscar uma nova noção de si mesmo.

Ocorrem também as transformações na convivência social. O jovem começa a se relacionar com as "turmas", exercitando assim os relacionamentos com "outros" do meio extra-familiar.

A união dos grupos faz parte de um aprendizado, quase um "ritual de passagem" entre o espaço protegido do lar e o enfrentamento do mundo. É uma busca de respostas para as suas necessidades humanas básicas, como sentimento de pertencimento, uma maior identidade e auto-estima.

Como em todas as outras esferas da vida, enfrentar uma situação nova desperta medos e receios. Não poderia ser diferente com os jovens. Medo e desejo ocasionados pelas mudanças impostas ou obtidas são uma constante na vida de um adolescente.

As transformações vividas no tempo atual assumem grandes proporções diante do homem moderno, principalmente para os nossos jovens.

Segundo Bauman (2) "estamos mergulhados compulsoriamente numa sociedade que a todo o momento produz um desejo insaciável de consumo". Vivemos um momento em que tudo é muito efêmero. A felicidade não depende mais da harmonia dos vínculos sociais entre homens, mas sim dos objetos que substituindo estes laços, anunciam o deleite de um prazer total. Na configuração desses objetos podemos incluir as drogas.

Através do uso de drogas muitos adolescentes se eximem da dor pelas perdas e incertezas dessa etapa, tendo a droga aí a função de substituir essa conscientização. Para outros tantos o uso é a expressão de distúrbios depressivos. Associado a isso junta-se o impacto da descoberta pela família do jovem que toma proporções muitas vezes alarmantes, provocando reação de rejeição e exclusão do usuário, o que muitas vezes pode resultar em incentivo ao consumo por parte deste adolescente.

Refletir sobre essas peculiaridades do jovem é essencial para melhor entendimento de suas atitudes diante do tratamento. Atitude esta que fica comprometida, pelo caráter compulsório que muitos desses jovens chegam para tratamento.

É natural que esses pacientes mostrem-se resistentes ao tratamento, desconfiados e temerosos. Como não entendem bem qual o propósito do tratamento é necessário um trabalho motivacional com o jovem e seus responsáveis.

Atualmente, motivação é compreendida como um fenômeno que pode oscilar de tempos em tempos ou de um fato para outro; sendo passível de sofrer influências (13).

Sabendo-se que muitas vezes o fracasso no tratamento da dependência (adição) é conseqüência da ausência de motivação do paciente para mudanças; torna-se necessário a identificação dos estágios motivacionais - pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção que segundo Miller auxiliarão o clínico no emprego da técnica da Entrevista Motivacional. Técnica esta que tem se mostrado promissora no processo terapêutico com os adolescentes pois permite trabalhar as mudanças junto aos mesmos de uma maneira que o próprio jovem sinta-se parte ativa do processo preservando suas próprias decisões.

### **3.2 Farmacoterapia: uma possibilidade para o adolescente?**

A desintoxicação no adolescente que chega ao hospital geral assim como o tratamento das comorbidades psiquiátricas são assuntos onde a farmacoterapia tem seu lugar estabelecido e é discutida em literatura específica a cada situação. O tratamento farmacoterápico de manutenção da abstinência de cocaína é assunto ainda carente de evidências mesmo quanto se trata do adulto. Nos últimos anos, o dissulfiram ganhou respeitabilidade a partir de estudos duplo-cego controlados (23). Há também estudos isolados com mirtazapina (24), modafinil (3) e topiramato (11) entre outras substâncias.

A literatura sobre estas medicações no adolescente é muito precária. Em investigação na base Medline dos últimos 10 anos encontramos apenas 4 artigos. Um deles relata o uso de dissulfiram no tratamento do abuso de álcool (17) enquanto outro descreve transplante de fígado após hepatite fulminante induzida por dissulfiram e adolescente. (16). Também escassa é a literatura sobre a mirtazapina em adolescentes.

A vacina da cocaína, pensada por alguns como possibilidade preventiva em adolescentes de alto risco, enfrenta sérias dificuldades éticas (9).

Desta forma, além do tratamento de comorbidades psiquiátricas, o que pode ser de grande valia tanto na prevenção do abuso quanto no aumento da adesão do adolescente ao tratamento, não há evidências que suportem o uso de fármacos especificamente dirigidos ao abuso de cocaína/crack pelo adolescente.

### **4. Conclusão**

Em uma área onde o tratamento do adulto ainda não atingiu, nas pesquisas realizadas, um nível de consenso, torna-se difícil traçar diretrizes para o tratamento do adolescente. De qualquer forma, não há discordância quanto ao fato de que a exposição à cocaína na forma de crack durante a adolescência pode levar a padrões de uso intenso em curto período de tempo, que este uso interrompe uma etapa importantíssima do desenvolvimento humano, e que o tratamento deve ser compreensivo, superpondo-se no caso do adolescente ao conceito de prevenção indicada. A abordagem motivacional deve ser seguida na conduta psicoterápica e a farmacoterapia carece de evidências que a justifiquem enquanto diretriz, específica para a abstinência da cocaína, mas será de grande utilidade no tratamento das comorbidades psiquiátricas que tratadas, aumentam a adesão, melhorando o prognóstico.

### **Referências:**

- 1- Araujo MR: Seguimento de cinco anos com usuários de crack: evolução dos padrões de consumo, sociodemográficos e de mortalidade. Tese de doutorado, UNIFESP, São Paulo, 2005
- 2- Bauman, Zygmunt – O mal estar da pós-modernidade. Ed. JZE, 1999-RJ
- 3- Ballon JS, Feifel D: A systematic review of modafinil: potencial clinical uses and mechanisms of action. *J.Clin Psychiatry* 67: 554-566, 2006.
- 4- Bessa, M A – Quando o uso de drogas ocorre junto com outras substâncias. Em: *Adolescência e Drogas*. Organizado por Pinsky, I & Bessa MA. Editora Contexto, 2004, p.124-149.
- 5- Carlini, EA, Galduroz, JCP, Noto, AR, Nappo, SA: I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil. SENAD, São Paulo, 2002
- 6- Chambers RA, Taylor JR, Potenza MN : Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *Am.J.Psychiatry* 160: 1041-1052, 2003
- 7- Catalano RF, Hawkins JD, Wells EA, Miller J & Brewer D: Evaluation of the effectiveness of adolescent drug abuse treatment, assessment of risks for relapse, and promising approaches for relapse prevention. *International Journal of Addictions* 25: 1085-1140,1991.
- 8- Dunn, J & Laranjeira, R.R.: Transitions in the route of cocaine administration-characteristics, direction and associated variables. *Addiction* 94: 813, 1999
- 9- Hall W, Carter I: Ethical issues in using a cocaine vaccine to treat and prevent cocaine abuse and dependence. *J. Med. Ethics* 30: 337-340,2004.
- 10- Harrison RJ, Connor DF, Nowak C, Melloni Jr RH: Chronic low-dose cocaine treatment during adolescence facilitates aggression in hamsters. *Physiology & Behavior* 69: 555-562 , 2000
- 11 - Kampman KM , Pettinati H, Lynch KG, Dackis C, Sparkman T, Weighley C, O ´Brien CP: A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence* 75: 233-240, 2004.

- 12- Lacks, V. & Julião, A: Transtornos relacionados ao uso de drogas: Avaliação Diagnóstica e Uso de Instrumentos de Avaliação Psiquiátrica. Em: Silveira, DX & Moreira, FG: Panorama Atual de Drogas e dependências. Atheneu, 2006, p.59.
- 13-Miller, W.R., Rollnick, S. – Entrevista Motivacional- preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre, Artmed, 2001.
- 14- Marques, ACPR & Ribeiro, M: Tratamento da dependência de cocaína. Guia Prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde. Secretaria de Participação e Parceria, 91-99,2006
- 15- Messas GP & Vallada-Filho HP: O papel da genética na dependência do álcool. Rev.Bras.Psiquiatria 26 (supl I): 54-58,2004.
- 16- Mohanty SR, La Brecque DR, Mitros FA, Layden TJ: Liver Transplantation for disulfiram-induced fulminant hepatic failure. J.Clin.Gastroenterol 38:292-295,2004
- 17- Niederhofer H, Staffen W: Comparison of disulfiram and placebo in treatment of alcohol dependence of adolescents. Drug Alcohol Rev 22: 295-297,2003.
- 18- Noto, AN, Galduróz, J C, Nappo, SA, Fonseca, AM, Carlini, CMA, Moura, Carlini, EA. I Levantamento Nacional sobre o uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras – CEBRID, São Paulo, 2003.
- 19- Sanjuan, PM, Langenbucher , JW. : Age -limited populations: youth, adolescents and older adults. In: McCrady BS & Epstein EE: Addictions, Oxford University Press, 1999 p477
- 20- Sutherland I., Shepherd J.P. – Social dimensions of adolescent use. Addiction, 2001.
- 21- Schwartz RH, Luxenberg MG & Hoffmann NG: "Crack" use by american middle-class adolescent polydrug abusers. The Journal of Pediatrics 118:150-155,1991.
- 22 - Silva VA & Mattos HF: Os jovens são mais vulneráveis às drogas? Em: Adolescência e Drogas. Organizado por Pinsky, I & Bessa MA. Editora Contexto, 2004, p.31-44.
- 23- Silva VA & Christo G: Inventário Christo para Serviços de Tratamento de Abuso de Substâncias: CISS. Em: Dependência Química na Adolescência. Organizado por Mattos HF, Editora Companhia de Freud, 2004, p: 292-293.
- 24- Suh JJ, Pettinati HM, Kampman KM, O'Brien CP: The status of disulfiram: a half of a century later. J.Clin.Psychopharmacol. 26:290-302,2006.
- 25- Zueco Pérez PL: Mirtazapine en el tratamiento de la dependencia a la cocaine em pacientes con metadona. Actas Esp.Psiquiatr 30:337-342, 2002.