

CRACK: Redução de que danos para crianças e adolescentes?

Gilberto Lucio da Silva¹

“Os operários de uma fábrica procuram a direção para reivindicar. Dizem que os operários estão morrendo em razão das condições insalubres de trabalho e que a fábrica polui o ambiente. Porém, no lugar de se bater contra o patrão, pedir condições de trabalho respiráveis, e respeito com a saúde do trabalhador, solicitam unicamente máscaras para impedir que eles absorvam a fumaça tóxica. Isto é o papel da Redução de Danos. Impede que as questões centrais sejam enfrentadas e se contenta com usar máscaras para impedir que a pessoa morra mais cedo” (CAVALCANTI, 2008).

Todos os estudos demonstram que as drogas consumidas por via fumada são as mais “aditivas” (que produzem dependência rápida). O crack, um subproduto da cocaína, é uma das substâncias com maior potência de indução do usuário ao vício. Apresenta um curto tempo entre a administração e o efeito, cerca de oito segundos, muito mais rápido quanto comparado a outras formas de uso da cocaína (via endovenosa, 30 segundos, e intranasal, 120 segundos.). E embora a nicotina (presente no cigarro) seja a substância de maior potencial para causar dependência, capaz de induzi-la em um de cada três usuários, ela não causa tantas e tão graves alterações de comportamento num curto prazo.

O crack propicia a liberação rápida de dopamina, um neurotransmissor que ativa as regiões do cérebro que levam à dependência. Como parâmetro de comparação observa-se que a concentração basal deste neurotransmissor durante o uso da droga é quase seis vezes mais alta do que aquela obtida no prazer sexual. E por mais que as reações ao efeito possam variar em cada indivíduo, a capacidade de estimulação do crack estrutura um comportamento semelhante aos camundongos na gaiola de Skinner, condicionados de modo operante, apertando a alavanca compulsivamente para escapar dos choques (desprazer) e receber a gota de água ou alimento (prazer), mesmo quando já não há mais fome, sede ou descargas elétricas.

¹ Psicólogo, Analista Ministerial em Psicologia do Ministério Público de Pernambuco, Analista Judiciário – Área Psicologia, do Poder Judiciário do Estado de Pernambuco, representante regional da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas, membro do Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas de Pernambuco, membro da Comissão de Penas e Medidas Alternativas do Ministério da Justiça.

Seu uso resulta em intensa euforia, sensação de onipotência e autoconfiança, mas também pode surgir um medo poderoso, que faz o usuário se sentir perseguido até pelos próprios temores internos. É comum, por exemplo, ver usuários nos espaços de consumo nas grandes cidades literalmente examinando obstinadamente o chão, com receio de ter deixado alguma pedra para trás, esquecida ou furtada por outro usuário. A própria substância induz crises paranóicas intensas, que se agravam com o uso crônico devido à sensibilização dos receptores dopaminérgicos.

O crack é uma mercadoria facilmente transportável e acessível, e de baixo preço. Seu padrão de consumo é do tipo “binge” (padrão repetitivo), que pode durar dias, durante os quais o usuário não se alimenta, não cuida da higiene básica ou da aparência, e sequer dorme. Isto faz com que o mercado se expanda muito rapidamente, e, na maioria dos casos em contextos de miséria e em territórios onde o Estado não se faz presente de forma significativa para a comunidade.

Levantamento recente, realizado em Ribeirão Preto-SP, revelou que os usuários de crack constituem a maior parte dos atendidos no Centro de Atendimento Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPSAD). Nos primeiros seis meses de 2009, dos 10.500 atendimentos realizados no CAPSAD, 6.825 foram relativos a dependentes de crack, que, quase na totalidade dos casos, combinam seu uso a outras drogas. E este quantitativo vem aumentando. Em todo o ano passado, foram 17.707 atendimentos, dos quais 50% eram referentes a usuários de crack. Em 2006 o total de dependentes com este perfil era de 4.269 pessoas. Mais grave ainda, o perfil dos usuários sofreu alteração, migrando da faixa de 30 a 45 anos para o intervalo entre 19 e 30 anos, indicando um uso cada vez mais precoce.

Entre crianças e adolescentes em situação de rua, a tendência de aumento do consumo de crack foi progressiva. No nordeste, destaca-se que o consumo de cocaína-crack era insignificante até 1997 (em torno de 1%), mas subiu em 2003 em Fortaleza para 10,3% e em Recife para 20,3%, provavelmente associado ao aumento na disponibilidade de derivados da coca nesta região (NOTO *et al.*, 2003).

Sobre a violência associada ao crack, estudo do Dr. Marcelo Ribeiro, pesquisador da Universidade Federal de São Paulo, publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria, revela que quase 70% dos usuários morrem de causas não naturais, sendo as mais frequentes as mortes por homicídio (56,6%), overdose (8,7%) e afogamento (4,3%) (RIBEIRO *et al.*, 2006).

Em recente estudo transversal realizado com usuários de crack do sexo masculino internados na Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS), constatou-se ser “frequente a presença de antecedentes criminais em dependentes de crack, e esta variável estava relacionada a mais sintomas de ansiedade, de depressão e a fissura mais intensa” (GUIMARÃES *et al.*, 2008).

A avaliação do comportamento sexual, risco para HIV e soroprevalência entre 109 usuários de cocaína e 132 de crack, concluiu que mesmo quando o usuário de crack tem acesso a informações sobre HIV/AIDS, não as utilizam para modificar comportamentos de risco (AZEVEDO *et al.*, 2007).

Em Recife, apesar da importância da pesquisa situacional para balizar as políticas públicas, os seis CAPSAD existentes não têm apresentado estatísticas de seus atendimentos e os resultados alcançados pelas práticas adotadas, muito embora os fatores de adesão ao tratamento sejam conhecidos. Duailibi *et al.* (2008) estimam relação positiva entre multiplicidade de propostas de atendimento (farmacoterapia, encaminhamento a grupos de ajuda mútua, atendimento às mães, atendimento de família, atendimento médico geral) e a melhora da adesão ao tratamento. Para os autores, usuários de cocaína e crack necessitam, sobretudo, de abordagens mais intensivas e prolongadas que os dependentes de outras substâncias.

Em um Estado, como Pernambuco, aonde só em 2008 morreram mais de três mil jovens, em sua maioria consumidores de múltiplas drogas, associados ou não ao narcotráfico, a mera publicação de leis com ações que prometem empoderar os jovens termina por largá-los à própria sorte. Estudo sobre a situação de vulnerabilidade de morte em adolescentes por homicídios em Porto Alegre (RS) expõe que tanto adolescentes quanto adultos jovens representam uma população exposta ao risco de morte por homicídios, pois o uso do crack leva ao roubo, à violência e ao endividamento com traficantes (GUIMARÃES *et al.*, *op. cit.*). O mesmo estudo revela que, dentre as principais causas dos homicídios, encontra-se vingança, participação em assaltos ou queima de arquivo pelo envolvimento com drogas.

No âmbito do atendimento sócio-educativo, levantamento de 2003, realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) com adolescentes privados de liberdade, indicava que 85% eram usuários de drogas, e consumiam, de modo combinado ou não, maconha (67,1%), cocaína/crack (31,3%) e álcool (32,4%). Os dados coletados nas visitas

de inspeção da equipe do Centro de Apoio Operacional às Promotorias de Justiça da Infância e da Juventude (CAOPIJ), realizadas nas unidades sócio-educativas em Pernambuco no biênio 2008-2009, apontam que em torno de 90% dos jovens e adolescentes em conflito com a lei, que cumprem medida de internação ou internação provisória, são poliusuários. E por que isto acontece?

Uma criteriosa revisão da literatura em base de dados (MEDLINE, LILACS e Biblioteca Cochrane), e no Banco de Teses da CAPES, informa que “habitualmente, o usuário de crack é poliusuário ou tem antecedente de consumo de outras substâncias”, e que o perfil de pacientes que procuram tratamento revela que eles utilizam com frequência especialmente o álcool, o tabaco e a maconha (DUALIBI *et al.*, *op. cit.*). Também o estudo coordenado por Guimarães *et al.* (*op. cit.*) destaca como significativa a utilização de tabaco e maconha concomitante ao uso do crack. O uso de uma droga pode intensificar a dependência de outra, instalando um padrão de dependência cruzada.

Um excelente exemplo deste risco foi exposto por especialista brasileira em redução de danos, que trabalha há mais de duas décadas com usuários pobres e marginalizados nas ruas de Paris, atuando em programas de distribuição de seringas na capital francesa (CAVALCANTI, *op. cit.*). Essa especialista detectou que o uso de heroína injetável estava extremamente reduzido até o aparecimento do crack, mas que nos últimos anos os usuários de crack estão utilizando a heroína para administrar a disforia e a compulsão que se segue à euforia. Isto se atribui a evidência de que se o indivíduo usar apenas crack ele rapidamente se inviabiliza física, psicológica e socialmente. Devido à impossibilidade de administrar a descida (o ‘craving’, que é especialmente longo com esta droga) consumindo mais crack, e uma vez que a média de consumo é de quinze minutos, o que existe é a utilização de outras substâncias para administrar a descida. Na França, a heroína injetável, em Pernambuco, provavelmente é a maconha.

Baseando-se no princípio, não apenas ético, de que o próprio uso de drogas por crianças e adolescentes é um dano extremamente importante, com consequências imediatas e que se prolonga para toda uma vida, se vida mais houver, ações em "redução de danos" que ensinem ao adolescente usuário de crack a conviver melhor com os apetrechos de uso, criar 'vínculo emocional' com o seu cachimbo, e que priorizem a produção de cartilhas que orientem o adolescente a como usar de modo “seguro” álcool e outras drogas, dificilmente podem ser consideradas benéficas para um indivíduo em fase de maturação cerebral.

Segundo Dr. Raul Caetano, Professor de Ciências da Saúde e Psiquiatria e Diretor da Escola de Profissões de Saúde da Universidade do Texas, a adoção de uma única metodologia preventivo-terapêutica como resposta ao problema de uso de drogas e álcool é problemática por duas razões:

1. O governo é visto como apoiador de um tipo particular de intervenção, oferecendo assim um manto aprovador e protetivo a um método às expensas de outros, muito embora tal escolha não seja, em absoluto, baseada em evidências científicas, pois não há muita diferença na efetividade de diferentes tipos de tratamento e prevenção. A ciência indica a adoção de várias políticas em conjunto;
2. O apoio governamental a um método particular (redução de danos) se faz de forma indiscriminada, aparentemente sem avaliação da propriedade da aplicação do método a grupos específicos, como é o caso dos adolescentes brasileiros.

Isto pode ser visto na mensagem de algumas cartilhas produzidas pelo Governo Federal, que foram inicialmente destinadas para adolescentes, onde é sugerido diretamente a eles como beber e usar drogas de maneira "segura", contrariando "a considerável evidência científica no suporte dos benefícios do limite de idade para beber" (CAETANO, 2008).

Como destacado anteriormente, para dependentes de crack o tratamento invariavelmente costuma ser longo e não há sucesso sem muita persistência. Mas quem acede ao sistema de tratamento que está aí? Algum equipamento (palavra da moda para identificar unidades de saúde) funciona 24 horas, todos os dias da semana? Quantos leitos hospitalares estão disponíveis no Estado para tratamento intensivo do usuário de crack?

Ademais, se a resposta diante do crack não é apenas médica, ela tampouco é apenas social. Segundo CAVALCANTI (*op. cit.*), informação não é igual à prevenção. Para ela, a motivação do comportamento não reside no conhecimento, e sim na afetividade, implicando que a informação por si só não produz mudanças duráveis no comportamento do usuário. Para a especialista a questão dramática do crack é o encontro violento da miséria, da exclusão social e da delinquência associada, pois o usuário precisa obter algo que possa trocar pela droga. E busca este algo de qualquer forma, em qualquer momento, contra quem for.

A partir do exposto, seria oportuno perguntar: Algum CAPSAD que conheçamos prioriza um atendimento social que inclua demandas básicas do usuário de modo a

proporcionar a adesão? Algum destes equipamentos conta com o apoio da comunidade de seu distrito para ações de apoio e inclusão? Os mais de quarenta agentes de redução de danos contratados pela Prefeitura da Cidade do Recife têm pelo menos tentado entrar em zonas de bairros pobres do Recife, de modo a melhorar as condições de vida pelo atendimento dos usuários? Afinal, eles estão onde o povo está? Se eles optarem por esperar que o usuário procure “espontaneamente” os serviços de atendimento, isto pode significar aguardar pelo desespero absoluto, ou pela “seleção natural” do tráfico.

É preciso, sobretudo, estabelecer critérios para a prevenção universal e em populações especiais (mulheres grávidas, crianças e adolescentes), os quais excluem a redução de danos ética e cientificamente. Prevenir o uso de drogas não é meramente “reduzir danos”, mas a Promoção de Fatores de Proteção - com base, inclusive, nas definições de Saúde que emanam da Constituição Federal e de acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário.

Em Pernambuco, apesar dos milhões gastos em contratações de "especialistas", projetos e propaganda sobre ações em redução de danos, quem acolhe e cuida dos dependentes graves são as entidades religiosas, que não usam esta estratégia de modo algum. Os próprios CAPSAD, talvez por reconhecer que os protocolos atuais não funcionam para pacientes graves, têm encaminhado os casos difíceis para as Comunidades Terapêuticas sustentadas por grupos religiosos.

E, definitivamente, o desfecho do atendimento não pode ser o critério que alguns supervisores das equipes de saúde têm apresentado como sendo de “progressão”, do diagnóstico de CID 10: F19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas) para o CID 10: F12 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de canabinóides).

Ao final, observa-se que estas práticas parecem ter por base uma tese que só viceja no Brasil: Todos vão se drogar mais cedo ou mais tarde, então não há nada a fazer a não ser reduzir danos associados... Então, para quê restringir acessibilidade de crianças ao consumo de álcool, proibir comerciais de cigarro, estabelecer idade limite para beber?

O consenso científico atual impõe a adoção de boas práticas de prevenção, intervenções universais recomendadas, que incluem o controle da disponibilidade e uma mensagem clara de não beber. Gastar os poucos recursos públicos implementando políticas que ensinam ao jovem como beber moderadamente, como ser "amigo" do traficante, enfim,

como ser ousado em um mundo sem razão, é caminhar, no mínimo, para bem longe da ciência. E pelo que aqui foi exposto, é facilmente constatado que a redução dos danos desejada por alguns técnicos e gestores não está à altura dos danos encontrados. Talvez sirva apenas para reduzir o evidente mal estar de não saber o que fazer para cuidar de fato, acolhendo o doente sem tratar a doença.

Fontes consultadas:

AZEVEDO, R. C. S. de; BOTEGA, N. J.; GUIMARÃES, L. A. M. **Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection**. Rev. Bras. Psiquiatr., Mar 2007, vol.29, no.1, p.26-30.

CAETANO, R. **A indústria do álcool e a promoção da ciência**. Addiction, 103, 175-178. Disponível em: <http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/artigo_1.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2008.

CAVALCANTI, L. **Juventude e o uso de crack: desafios para as políticas públicas**. Seminário “Juventude Hoje”, Recife, 21 de novembro de 2007 (Transcrição integral).

DIAS, J. C. **Tratamento da dependência de crack**. XXI Jornada Alagoana de Saúde Mental. I Simpósio Alagoano de Dependência Química – ABEAD. Maio de 2008. Disponível em CD-ROOM.

DUALIBI, R. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil**. Disponível em: <http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf>. Acesso em 29 dez. 2008.

GUIMARÃES, C. F.; SANTOS, D. V. dos; FREITAS, R. C. de; ARAUJO, R. B. **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) – 10.

KESSLER, F. **Epidemia do crack**. VII Simpósio Internacional sobre Álcool e outras Drogas. Rio de Janeiro/RJ. 06 a 08 de novembro de 2008. Disponível em CD-ROOM.

MPPE. Relatórios de Inspeção às Unidades de Internação e Internação Provisória da Fundação de Atendimento Socioeducativo 2008-2009. **Centro de Apoio Operacional as Promotorias de Justiça da Infância e da Juventude - CAOPIJ**. Recife, 2009.

NOTO A. R. *et alii*. **Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003**. São Paulo: SENAD / CEBRID; 2003.

RIBEIRO, M.; DUNN, J.; SESSO, R.; DIAS, A. C.; LARANJEIRA, R. **Causes of death among crack cocaine users**. Rev. Bras. Psiquiatr., Sept 2006, vol.28, no.3, p.196-202.