



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Especialização em saúde pública – edição 2010/2011

GEORGES PERES DE OLIVEIRA

**CRACK E RECAÍDA: OS PRINCIPAIS MOTIVOS QUE LEVAM OS
USUÁRIOS DE CRACK A RECAÍREM APÓS TRATAMENTO PARA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

PORTO ALEGRE, 2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Especialização em saúde pública – edição 2010/2011

GEORGES PERES DE OLIVEIRA

Trabalho de conclusão de curso apresentado
como requisito parcial para obtenção Certificado
de Especialização em Saúde Pública.

ORIENTADOR: Prof^a. Dr. Cristianne Maria Famer Rocha

PORTO ALEGRE, 2011

INDICAÇÃO PARA REVISTA CIENTÍFICA

GEORGES PERES DE OLIVEIRA

**CRACK E RECAÍDA: OS PRINCIPAIS MOTIVOS QUE LEVAM OS
USUÁRIOS DE CRACK A RECAÍREM APÓS TRATAMENTO PARA
DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Este artigo foi indicado para publicação a Revista HCPA, no momento encontra-se em designação.

ORIENTADOR: Prof^a. Dr. Cristianne Maria Famer Rocha

SUMÁRIO

1 REVISÃO LITERÁRIA	5
1.1 Dependência química	5
1.1.1 Crack.....	7
1.2 Tratamento para dependência química de crack	11
1.2.1 Tratamento do usuário de crack na atenção básica	14
1.3 Epidemiologia das drogas no mundo	16
REFERÊNCIAS.....	20

1 REVISÃO LITERÁRIA

1.1 Dependência química

O consumo de drogas está presente nas sociedades a muito mais tempo do que imaginamos. Desde os primórdios da humanidade, essas substâncias que alteram o comportamento e a cognição, já eram empregadas com finalidades diferentes das quais encontramos hoje. Em várias culturas, substâncias psicoativas eram utilizadas em festas tribais e religiões, buscando a comunicação com entidades místicas. Na antiguidade, o uso de alucinógenos e/ou entorpecentes ocorria sempre em pequenos grupos de pessoas, com as mesmas características e era um costume restrito a ocasiões especiais. A partir da segunda metade do século XX, a prática passou a ser difundida para um número crescente de pessoas, sem algum motivo em específico, chegando ao descontrole e tornando-se um problema de saúde pública (1).

A utilização de substâncias químicas está diretamente ligada à evolução dos aspectos históricos, culturais e sociais da humanidade, que se estende desde a antiguidade até os dias atuais. A partir do século XVIII, época da revolução industrial, surgiram as primeiras discussões sob aspectos clínicos, a respeito de relatos de operários que trabalhavam sobre efeito do álcool ou ficavam doentes devido ao seu uso abusivo. Enquanto que as discussões sobre dependência química comparado com a existência da humanidade, é um assunto recente (1).

A dependência química na atualidade é um problema de saúde pública (2) e grande parte dos usuários de drogas apresentam uma sequência no uso de substâncias, começando por drogas lícitas como tabaco e álcool, relacionado com envolvimento familiar, ou seja, quando algum membro da família é usuário, geralmente o pai, mas não necessariamente que este seja o único consumidor. O consumo destas drogas é mais comum, por adolescentes com faixa etária de dez a treze anos de idade, com predominância do uso de álcool e cigarro, ocorrendo casos de uso de inalantes (solventes), que na maioria das vezes são fornecidas por pessoas próximas ao usuário, que as utiliza para se enquadrar ao perfil e se “enturmar” a esta pessoa próxima (3).

A primeira droga ilícita utilizada costuma ser a maconha, com idade média do usuário entre doze e dezesseis anos, sendo o principal motivo de uso a curiosidade,

com a crença de que “não faz mal”, considerando-a como “droga leve que não prejudicava”, oferecido por alguém conhecido ou adquirido de restos, encontrados em cinzeiros (3).

Após o uso da primeira droga ilícita, os usuários com o passar do tempo, motivados pela curiosidade de descobrir novos prazeres acabam experimentando outras drogas, como cocaína aspirada, cocaína injetada, chás alucinógenos (lírio e cogumelos) e por fim chegando ao crack, como última droga consumida (3).

As drogas entram no organismo, por várias vias de acesso, as mais freqüentes são: via oral, endovenosa, aspiração e inalação. Cada droga apresenta suas vias específicas de administração e dependendo da via de entrada, gera os seus efeitos de forma rápida ou lenta (4).

O álcool, droga que é consideravelmente aceita pela sociedade e muitas vezes incentivada, é ingerido por via oral. Sua ingestão provoca efeitos em duas fases, uma estimulante, na qual o indivíduo apresenta euforia, desinibição e loquacidade. Dependendo da quantidade de álcool ingerida e da tolerância do indivíduo ao álcool, o usuário passa pela segunda fase, onde apresenta efeitos depressores, como falta de coordenação motora descontrolada e sonolência, podendo chegar até mesmo ao estado de coma. O álcool é maléfico ao organismo e pode ocasionar doenças como cirrose hepática, hepatite, pancreatite, gastrite, hipertensão e problemas cardíacos (4).

A maconha, nome dado no Brasil para a planta *Cannabis Sativa*, é uma das drogas mais conhecidas. Há mais de 5000 anos, já era empregada com fins medicinais pelos povos locais para “produzir risos”. Geralmente, é fumada (inalada) através da queima da folha em cigarros de maconha. Atua no sistema nervoso central através da produção de anandaminas que provocam no organismo sensação de bem estar, calma, relaxamento, diminuição da fadiga, hilaridade e até alucinações. Porém, em alguns usuários, podem ocorrer efeitos contrários, como descontrolado, angústia, tremores e sudorese (4).

Um produto muito conhecido no Brasil, fabricado clandestinamente a base de solventes e inalantes (clorofórmio e éter) é o “loló” ou “cheirinho”. Esta substância age no sistema nervoso central, atuando nos neurotransmissores dopaminérgicos e noradrenérgicos, produzindo no usuário sensações estimulantes ou agindo nos neurotransmissores gabaérgico e glutamatérgico, gerando efeitos depressores (4).

Seus efeitos apresentam quatro fases: na primeira fase o indivíduo apresenta

excitação, euforia, tonturas, perturbações auditivas e visuais; na segunda fase, sintomas de depressão do sistema nervoso central, como visão embaçada, desorientação, confusão, cefaléia, palidez, podendo ocorrer alucinações visuais e/ou auditivas; na terceira fase, a depressão se agrava, ocorrendo falta de coordenação ocular e motora, fala enrolada, reflexos deprimidos, e aumento dos efeitos alucinógenos; quando chega a quarta fase, o indivíduo apresenta depressão tardia, ocorre queda de pressão, inconsciência, sonhos estranhos, em alguns casos convulsões, coma e dependendo do grau de consumo, óbito (4).

Substância extraída das folhas da planta *Erythroxylon coca*, encontrada na América do Sul, a cocaína é comercializada na forma de um sal, o Cloridrato de cocaína, mais conhecido pelos usuários como “pó”, “farinha”, “branquinha”. Costuma ser usada através da aspiração ou diluída em água para uso endovenoso (4). A via de aspiração, atualmente, é a mais utilizada, devido ao grande risco de contaminação de doenças como HIV, ocasionadas pelo compartilhamento de seringas e agulhas na via endovenosa (5).

A cocaína chega ao sistema nervoso central num período entre 10 a 15 minutos quando inalada e de 3 a 5 minutos quando injetada, acentuando a ação da dopamina e da noradrenalina, neurotransmissores excitatórios, estimulando o sistema nervoso central proporcionando ao indivíduo uma sensação de prazer, euforia, ansiedade e estado de alerta. Dependendo da quantidade utilizada pode provocar no usuário: comportamento violento, irritabilidade, tremores, paranóias, comportamentos bizarros e alucinações. Seus efeitos duram aproximadamente 45 minutos quando inalada e 20 minutos quando injetada. Após o uso, pode causar sintomas como dor no peito, midríase, contrações musculares, convulsões e até mesmo o coma, no caso de super dosagem da droga (4).

1.1.1 Crack

O Crack é o resultado da transformação do cloridrato de cocaína adicionado ao bicarbonato de sódio diluído em água. A mistura é aquecida e após secar, consolida-se em formato de pedras. São consumidas através da inalação, ou seja, ideais para serem fumadas (6).

Sua inalação é feita através do vapor na queima das pedras em cachimbos artesanais ou em latas, gerando um som de “estalos”, o que deu origem ao nome da

droga, o crack (7).

A qualidade e ingredientes para produção da droga são imprecisos, pois além do bicarbonato de sódio e da cocaína, adicionados em doses variáveis, são acrescentados e reutilizados os ingredientes da refinação da cocaína, e outros produtos tóxicos como querosene, gasolina e água de bateria. Assim, na manufatura do crack, não existe processo de purificação final da droga (6).

Os cachimbos artesanais utilizados pelos usuários, são improvisados com produtos como restos de isqueiros, canetas, tampas de creme dental, copo de iogurte e de água mineral, tampas de garrafa PET, canos de PVC e folha de alumínio, no qual são colocadas cinzas de cigarros em cima, para fazer a brasa e logo após a pedra de crack, que se dissolve com o calor chegando ao estado de vapor, inalado pelo usuário. Também são muito utilizadas latas de alumínio (refrigerante ou cerveja), sendo consideradas estas como principais fontes de matéria-prima para a confecção do cachimbo (8).

Após a inalação do crack produzido pela queima da pedra, este vapor chega aos pulmões - que é um órgão altamente vascularizado - onde sua absorção ocorre basicamente de maneira instantânea, passa para a corrente sanguínea e chega rapidamente ao sistema nervoso central (SNC). Ao atingir o SNC, acentua os efeitos de neurotransmissores excitatórios como dopamina e noradrenalina, produzindo seus efeitos entre 10 a 15 segundos, diminuindo o tempo de ação da droga comparado com as vias de administração da cocaína injetável intravenosa e aspirada (4).

Logo após o uso, os efeitos são imediatos. O usuário presencia uma grande sensação de prazer, poder e intensa euforia. Estes efeitos possuem curta duração, aproximadamente 5 minutos, porém grande intensidade, o que faz com que o indivíduo sinta um desejo incontrolável de reutilizar a droga para experimentar novamente esta sensação, gerando dependência mais facilmente. Esta compulsão é chamada popularmente de “fissura” (4).

Após o uso descontrolado atribuído ao estado de “fissura”, o usuário tende a apresentar comportamento agressivo, irritabilidade, tremores, comportamentos bizarros devido à paranóia, podendo estar associado a alucinações e delírios, desconfiança com outras pessoas ou outros usuários, e medo de perder a droga. (4).

Os efeitos tardios podem incluir: visão borrada, midríase, dor no peito, crises

convulsivas, degeneração do tecido muscular esquelético, taquicardia, fibrilação ventricular, parada cardíaca, coma e morte. Durante a abstinência pode ocorrer cólicas náuseas, vômitos e dor no corpo (4).

O crack, desde sua chegada ao Brasil, tem manifestado uma cultura peculiar no que se refere às mudanças no estilo de vida e comportamento dos usuários e à ilegalidade. De acordo com a adaptação dos usuários a essa cultura, os dependentes de crack tendem a apresentar uma expectativa de vida maior, durante os anos de uso (9). Estudos mostram que adolescentes usuários de crack realizam atos ilícitos, desde pequenos furtos até homicídios para conseguir meios para suprir o vício (10).

No entanto, o valor da pedra de crack, desde sua chegada, não apresentou grandes variações de preços, o que representa um custo de aproximadamente cinco reais (8) por unidade. Recentes pesquisas realizadas (11) mostram que os dependentes da droga utilizam aproximadamente 67,73 pedras de crack por semana.

Calculando os valores do consumo, a prática representa uma média de dez pedras diárias, e caso o usuário consiga utilizar a droga todos os dias, esse valor ultrapassa 270 pedras ao mês, contabilizando um gasto de aproximadamente 1.355 reais por mês em pedras de crack.

A ilegalidade também está associada ao tráfico de drogas, principal meio de distribuição do crack, comercializado em locais clandestinos conhecidos como “bocadas” ou “bocas”, onde o usuário adquire a droga (8).

Nestas bocas, que possuem regras próprias, o usuário apresenta riscos inerentes da cultura do crack, como por exemplo, não quitar as dívidas adquiridas, assim como apresentar estado de humor alterado no momento da compra ou desrespeitar as regras do tráfico local. Com o passar do tempo, o usuário de crack acaba adaptando-se a esta cultura, priorizando a quitação das dívidas com traficantes, a ponto de evitá-las, falando o mínimo possível durante a compra e evitando comportamentos agressivos no local, pois qualquer desrespeito às regras do tráfico, pode culminar em graves consequências (9).

Os riscos inerentes à cultura do crack não estão apenas relacionado ao tráfico de drogas. Uma pesquisa realizada (9) aponta três riscos decorrentes do uso do crack, que são: riscos decorrentes dos efeitos psíquicos da droga, onde se destacam a “fissura” e a paranóia, que acabava acarretando perda de vínculos, agressões

físicas, devido às brigas entre usuários ou a desconfiança e medo de perder a droga; associado ao fator de risco à complicações físicas, que aumentam com a agressividade. Insônia e emagrecimento também são observados nos riscos físicos, além do comportamento sexual arriscado principalmente entre as usuárias, que correm o risco de adquirir não só doenças sexualmente transmissíveis como também uma gravidez indesejada; e por fim, overdose, ocasionada pelo uso abusivo da substância.

Nos riscos decorrentes à ilegalidade da droga, além do tráfico, foram observados problemas com as autoridades, pois no momento de uma abordagem policial, os usuários podem ser confundidos com traficantes, o que fez com que os usuários criassem o hábito de comunicar aos policiais que são apenas usuários, até mesmo informando o local a droga está guardada, ou são forçados a delatar o estabelecimento da compra da droga.

Com os diversos riscos expostos pela cultura do crack, os dependentes da droga acabaram adaptando-se ao estilo de vida arriscado e as consequências do uso. Em relação à compra da droga, alguns usuários utilizam um serviço chamado *Crack delivery* ou telentrega, onde o usuário solicita a droga por telefone e a “boca” entrega em casa ou em local escolhido, isso evita que o usuário se exponham os perigos das “bocadas”, tornando a compra mais cômoda, assim como em qualquer comércio (8).

Em relação às alucinações e paranóias, dois grupos distintos foram observados, alguns usuários preferem utilizar a droga em grupos, devido ao medo das alucinações e outros preferem consumir a droga sozinhos, relacionado ao risco de agressão advindas dos momentos de paranóia. A utilização das drogas em locais protegidos como na casa de algum usuário, no próprio domicílio ou em hotéis, também foram opções observados pelos dependentes de crack (9).

Uma maneira encontrada pelos usuários para aliviar a “fissura”, foi associar outras drogas com o crack, o que a curto prazo ameniza o problema, porém a longo prazo, pode desencadear outra dependência. A maconha é uma das alternativas mais utilizadas para complemento pelos dependentes de crack. O “mesclado”, como é conhecido entre os usuários, trata-se de pedras de crack colocadas dentro do cigarro de maconha. Além de diminuir a “fissura”, reduz os efeitos estimulantes que o crack traz ao organismo como falta de apetite e insônia (9).

O álcool também aparece como droga associada ao crack, estudos (9) referem

que seu uso pelos usuários de crack foi a maneira encontrada mais utilizada para reduzir os efeitos paranóides transitórios, capaz de amenizar o medo e ansiedade. O álcool também é empregado como um “calmante” para fissura, por reduzir as forças do dependente de crack para ir em busca da droga. No entanto, o uso do álcool pode servir de efeito “gatilho” em alguns usuários, ou seja, algo que estimula o indivíduo a usar drogas, em questão, o crack.

Conforme pesquisas com adolescentes (10), a maioria dos jovens que chegam aos estabelecimentos hospitalares buscando internação por uso abusivo de drogas ilícitas, começaram fazendo uso de drogas lícitas como álcool e cigarro, além de apresentarem histórico familiar de etilismo e tabagismo, ou seja, desde muito jovens mantinham contato com a dependência química de seus familiares, com relação à álcool e cigarro.

A maioria dos usuários de crack apresenta um perfil muito semelhante aos dos usuários de cocaína injetável, ou seja, predomínio de pessoas com nível socioeconômico relativamente baixo e do sexo masculino, com idade entre 18 a 35 anos e com nível escolar baixo (8).

Com o passar do tempo, mesmo adaptando-se a cultura do crack, os dependentes começam a apresentar as consequências do uso desta substância, tanto fisicamente, quanto psicologicamente e socialmente. Conforme estudos anteriores (12), os agravantes decorrentes do uso como as comorbidades psiquiátricas, representadas por transtornos de humor e transtornos de personalidade associado à dependência química, devem ser observadas e avaliadas, pois interferem na realização do tratamento destes indivíduos.

Outros pesquisadores (13) acreditam que o tratamento para dependência química é uma questão de âmbito internacional, devido a seus efeitos negativos que interferem nas sociedades do mundo todo, e que esses tratamentos, nos serviços de saúde mental, devem buscar a reabilitação e são imprescindíveis para nossa sociedade.

1.2 Tratamento para dependência química de crack

O tratamento para dependência química crack no Brasil é muito difícil, devendo ter abordagem multidisciplinar, pode chegar a um longo período de tratamento, iniciando com internação hospitalar e continuando o tratamento pós alta em Centro

de apoio psicossocial álcool e drogas (CAPS-AD), comunidades terapêuticas e/ou fazendas terapêuticas (7).

Com a reforma psiquiátrica, a aprovação da Lei Federal de Saúde Mental, nº 10.216 em abril de 2001, foram se extinguindo, gradativamente, os leitos psiquiátricos no Brasil. A idéia era diminuir os leitos e estes pacientes deveriam ser internados em hospitais gerais em momentos de crise, para receber cuidados de saúde focados na atenção primária, como nos antigos hospitais-dia, que realizavam tratamento ambulatorial. Hoje em dia nos CAPS, a ênfase é dada na reinserção social do paciente (14).

Existem muitas críticas em relação à desinstitucionalização, propostas pela Reforma Psiquiátrica, estudos (14) relatam que grande parte de dependentes químicos que eram atendidos em hospitais psiquiátricos ficavam restritos às emergências, permanecendo sem atendimento especializado.

A internação hospitalar consiste em desintoxicação em ambiente psiquiátrico dentro de hospital geral, sendo focadas questões psicossociais de forma multiprofissional, abordando questões individuais, familiares e estrutura social, associada ao uso de medicações farmacológicas para alívio de sintomas, pois ainda não há medicação considerada eficaz para resolução do problema (7).

Para que ocorra a mudança na vida e sucesso para o tratamento hospitalar, na internação é preciso avaliar bem o dependente químico de crack e destacar os pontos relevantes em relação aos estágios motivacionais em que se encontra. Estudos (15), destacam alguns estágios motivacionais para que ocorra a mudança de comportamentos no indivíduo, que são:

Pré-Contemplação – neste estágio o indivíduo acredita não ter problemas com relação à droga, ou é pouco consciente deste fato, logo, se não tem problemas, acredita não necessitar de tratamento ou mudança de estilo de vida;

contemplação – o indivíduo que chega neste estágio tem consciência do problemas, porém fica ambivalente, avalia os prós e contras, e não sabe se quer ou não interromper o vício. Neste estágio pode ocorrer pesquisas sobre o tratamento, porém o usuário não se trata;

decisão – neste estágio, chega a hora do indivíduo elaborar um verdadeiro plano de mudança, no qual o dependente químico analisa os pontos positivos e negativos do seu estilo de vida e planeja mudar. Ele observa seu comportamento com atenção, paciência, o que pode fazer com que leve algum tempo para que seu

plano de mudança fique pronto;

ação – o usuário de drogas, quando está no estágio da ação, coloca em prática o plano elaborado no estágio anterior. É nesta hora que dependente químico, tenta mudar drasticamente seu estilo de vida, e até buscar ajuda para realizar a mudança de comportamento;

manutenção – este é o estágio final, onde o indivíduo faz a manutenção do tratamento, ou seja, está atento a situações que podem estimular o desejo de usar drogas e evitam o contato com estes estímulos.

O tratamento deve ser específico para cada usuário, levando em consideração os aspectos sociais e culturais do indivíduo, assim como os fatores que os influenciam a usar as drogas (16). Grande parte das internações para desintoxicação, ocorrem em casos em que o dependente químico apresentou uso abusivo e crônico de diversas substâncias químicas como o crack. A identificação destes fatores é de grande importância para a elaboração de planos terapêuticos que envolvem prevenção de consumo e combate à recaída (10).

A recaída ocorre quando o indivíduo após realizar tratamento para dependência química e estando abstinente, por algum motivo particular ou estimulado por algum fator externo, volta a utilizar drogas. Após a recaída, se o indivíduo não procurar ajuda e não se comprometer com o tratamento, pode retornar ao estado em que estava antes do tratamento, ou muitas vezes até evoluir para um estado mais grave, gerando um altos custos para a sociedade (1).

O tempo aproximado da internação hospitalar é de trinta e cinco dias (10), porém pode variar de seis meses a um ano quando associada ao tratamento pós-alta (7).

Após a alta hospitalar, teoricamente, o tratamento não poderia cessar. O paciente quando recebe alta deve manter o tratamento em CAPS-AD, no qual faz tratamento durante o dia, com grupos orientados por profissionais de várias áreas da saúde, focados na motivação da prevenção à recaída e na ressocialização do paciente (7). A ressocialização deve fazer com que os indivíduos usuários de crack, assim como na abordagem ao doente mental, voltem a conviver na sociedade. Além disso, deve habilitá-los a viver sem a droga. Para isso, deve ocorrer fortes investimentos na atenção básica, porta de entrada do indivíduo ao Sistema Único de Saúde, o SUS (14).

1.2.1 Tratamento do usuário de crack na atenção básica

A atenção básica, com ênfase na dependência química, é elaborada juntamente com políticas públicas de saúde no âmbito do SUS. Os profissionais de saúde devem estar atentos aos pontos consensuais que caracterizam usuários de crack, nos quais se definem em funcionalidade, vulnerabilidade e relação com o cuidado (16).

A funcionalidade está relacionada com as rupturas que o usuário de crack possui com sua rede social, de trabalho e familiar, podendo ser considerados funcionais ou disfuncionais, nos casos destes últimos com maior risco de agravos e vulnerabilidade (16).

Segundo Ministério da Saúde (16), a vulnerabilidade está relacionado aos riscos de agravos do uso de drogas, identificando os dependentes químicos que estão mais ou menos propensos ao risco. Diversos fatores interferem na vulnerabilidade do usuário de drogas, dentre eles destacam-se o fator de gênero, pois as usuárias do sexo feminino estão mais vulneráveis aos agravos de ordem física, devido a exploração sexual associado à prostituição, a idade (usuários mais jovens apresentem uso por maior impulsividade). O vínculo com instituições como escolas, família e trabalho apresentam maior alcance no fator de proteção. A escolaridade é inversamente proporcional a vulnerabilidade, ou seja, quanto mais baixo o nível escolar, menores condições de emprego e maior vulnerabilidade. Comorbidades psiquiátricas como transtornos de humor e psicoses implicam em piora no prognóstico. Delitos, conflitos com a lei e com o tráfico expõe o usuário a situações de violência, deixando o indivíduo cada vez mais vulnerável.

Em relação com as redes de cuidado, o usuário de crack que apresenta maior dificuldade em acessar ajuda, representa maior risco para agravos, que o torna o principal ponto das ações de saúde mental. Um fator importante a ser considerado para este ponto é a falta de preparo das equipes da atenção básica para atender e acolher estes indivíduos, o que pode facilitar a ruptura de acesso as rede da atenção primária com o dependente químico (16).

A porta de entrada do usuário de drogas no SUS é através da atenção básica, pelo CAPS-AD, através de uma estratégia de avaliação e acolhimentos a estes indivíduos no seu território de atuação, buscando ações articuladas com serviços da rede, como ambulatórios de saúde mental, residências ou comunidades terapêuticas

e leitos de atenção integral (16).

Segundo o Ministério da saúde (16) o CAPS-AD tem por objetivo realizar o acolhimento do usuário de drogas - como crack - em crise e fora de crise, tratando abstinências leves, desintoxicação ambulatorial (em casos que não haja complicações clínicas) e articulando com serviços de internação hospitalar, pronto atendimento e SAMU para encaminhamento dos casos de intoxicação que necessitam de demanda médica contínua, abstinências graves e com risco a saúde do usuário de crack.

Além destes serviços, o CAPS-AD deve realizar busca ativa de usuários de drogas que abandonaram o tratamento, estratégia articulada com a atenção básica em geral, constituindo um espaço de convivência para os usuários que apresentam ruptura em suas redes sociais realizando oficinas terapêuticas e atividades relacionada à redução de danos, apoio aos familiares e redes intersetoriais relacionadas com a socialização, como esportes, cultura, lazer e mercado de trabalho (16).

As equipes de saúde da família também devem estar aptas para realizar o acolhimento e manutenção do tratamento aos usuários de crack, elaborando o mapeamento e identificação de usuários disfuncionais, devido a sua capilaridade com a comunidade. Assim, articulados com os NASF (Núcleo de apoio à Saúde da Família) devem desenvolver atividades terapêuticas individuais, e junto com os CAPS-AD propor tratamento a estes usuários (16).

Com a intenção de intensificar, ampliar e diversificar as ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento para os riscos e danos sofridos por usuários de drogas, o Governo Federal lançou em 2009 o Plano Emergencial do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas – PEAD (16). Este plano tem como estratégia ampliar o acesso diversificado nos cem maiores municípios do Brasil (com população acima de 250000 habitantes), buscando ações articuladas intersetoriais com a ação social, direitos humanos, educação, justiça, cultura além de criar estruturas para internações hospitalares e ampliar as ações dos CAPS-AD (16).

1.3 Epidemiologia das drogas no mundo

A United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) estima que a prevalência anual do uso de cocaína em 2009, foi entre 0,3% a 0,5% da população mundial com faixa etária de 15 a 64 anos, correspondendo a uma média entre 14,3 a 20,5 milhões de pessoas, nesta faixa etária que consumiram cocaína (o crack entra nas estatísticas mundiais dentro da cocaína, como forma de uso) pelo menos uma vez no ano anterior (17).

Conforme o quadro 1, que divide o mundo em regiões e sub-regiões, além de reforçar os dados acima, mostra que o uso de cocaína tem adeptos em alta nas Américas, principalmente na América do Norte, com cerca de 5690000 usuários de cocaína, seguido da Europa Central/Oeste europeu, que juntos chega a 4090000 usuários. O local que apresenta menos usuários é o norte da África, que apresenta uma média entre trinta a cinquenta mil usuários de cocaína. Na África, o uso de cocaína não é tão acentuado quanto ao uso de outras drogas, ela está em quarto lugar, como representada no gráfico 1, sobre os percentuais de drogas utilizadas, com destaque para a Maconha, seguida por opióides e anfetaminas (17).

Desde 2006, na América do Norte, tem vivido um declínio contínuo prevalência anual no uso de cocaína (de 2,5% em 2006 para 1,9% em 2009) entre a população com idade a partir de 12 anos, embora que, com o uso do crack, não houve mais redução. A baixa coincidiu com um aperto no fornecimento de cocaína dos EUA, pois chegou menos cocaína via México, diminuindo o fornecimento ao continente havendo reajuste nos preços e na pureza da droga, o que fez um aumento no valor em mais de 80% entre 2006 e 2009. Isso mostra melhora da cooperação internacional contra o tráfico de drogas (17).

Conforme o gráfico 2, o uso de cocaína na América do Sul, Central e Caribe expressa o valor de 2,7 milhões de usuários, sendo o Brasil, país com maior número de dependentes de cocaína, com 0,9 milhões de usuários chegando a um percentual de 33% destes dependentes químicos, seguido da Argentina, com 0,7 milhões de usuários sendo 26% da amostra (17).

No Brasil, as internações devido ao uso de drogas vêm crescendo nos últimos dois anos. Conforme o departamento de informática do SUS, o DATASUS (BRASIL, 2011) estes números representavam cerca de 3450 internações em 2009 e subiram para 4007 em abril de 2011, sendo observado crescimento de internações

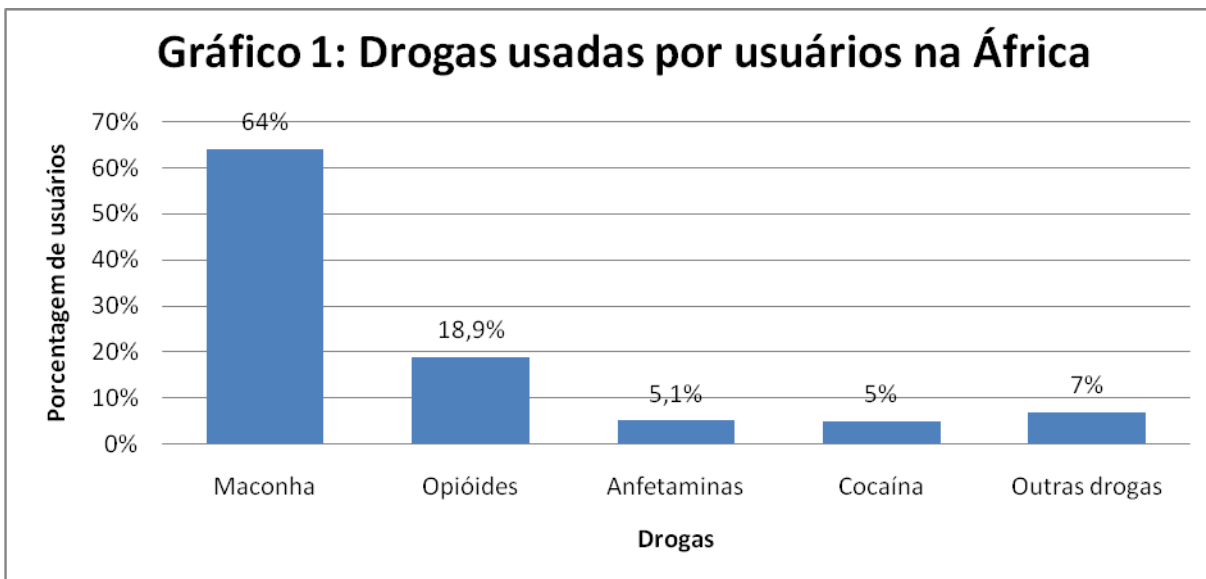
hospitalares nas regiões sul e sudeste e diminuição das internações em outras regiões do país, como mostra os comparativos entre o quadro 2.

No estado do Rio Grande do Sul, houve crescimento do número de internações pelo SUS na Região Metropolitana de Porto Alegre, nordeste do estado e no interior, fora das regiões metropolitanas, números representados no quadro 2 (18).

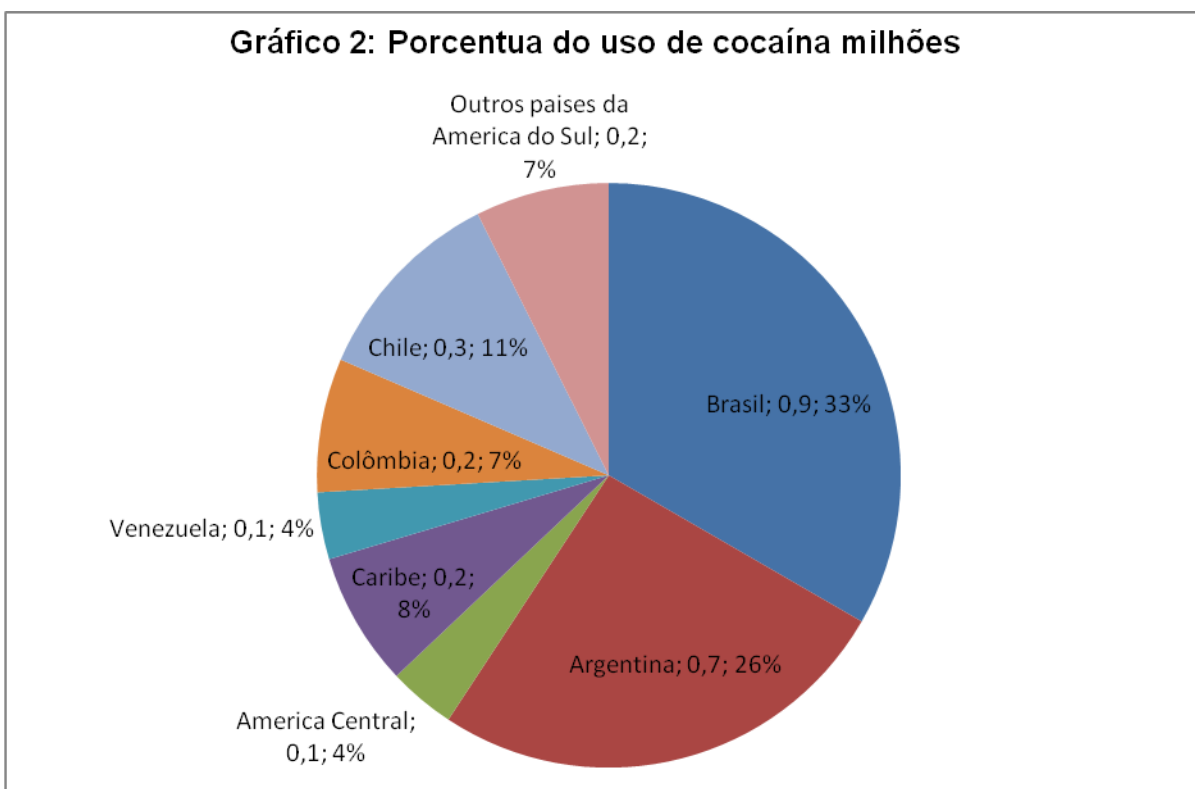
Estes dados podem significar que mais pessoas estão buscando tratamento, ou o número de usuários está crescendo e o Estado está investindo mais em tratamento. O crescimento do uso de drogas gera um grande custo para o Estado, assim, para a sociedade (1).

Quadro 1: Prevalência anual e estimativas de usuários de cocaína no mundo em 2009				
Região e sub-região	Número de usuários anualmente (em baixa)	Número de usuários anualmente (em alta)	porcentagem da população com faixa etária entre 15 a 64 anos (em baixa)	porcentagem da população com faixa etária entre 15 a 64 anos (em alta)
África	940,000	4,420,000	0.2	0.8
Leste da África	-	-	-	-
Norte da África	30,000	50,000	0.03	0.04
Sul da África	270,000	730,000	0.3	0.9
África Ocidental e Central	550,000	2,300,000	0.3	1.1
Américas	8,280,000	8,650,000	1.4	1.4
Caribe	110,000	330,000	0.4	1.2
America Central	120,000	140,000	0.5	0.6
America do Norte	5,690,000	5,690,000	1.9	1.9
America do Sul	2,360,000	2,480,000	0.9	1.0
Ásia	400,000	2,300,000	0.02	0.2
Ásia Central	-	-	-	-
Leste / Sudeste da Ásia	400,000	1,070,000	0.03	0.2
Oriente Médio	40,000	650,000	0.01	0.3
Sul da Ásia	-	-	-	-
Europa	4,300,000	4,750,000	0.8	0.9
Leste / Sudeste da Europa	310,000	660,000	0.1	0.3
Oeste / Europa Central	3,990,000	4,090,000	1.2	1.3
Oceania	330,000	400,000	1.4	1.7
MUNDO	14,250,000	20,520,000	0.3	0.5

Fonte: (UNODC, 2011).



Fonte: (UNODC, 2011).



Fonte: (UNODC, 2011).

Quadro 2: internações devido a substâncias psicoativas no Brasil - 2011	
Morbidade Hospitalar do SUS – Brasil – Abril/2011	
REGIÃO	Drogas Psicoativas
Região Norte	18
Região Nordeste	395
Região Sudeste	1636
Região Sul	1684
Região Centro-Oeste	274
Total	4007
Morbidade Hospitalar do SUS - Rio Grande do Sul – Abril/2011	
REGIÃO METROPOLITANA	Drogas psicoativas
P.Alegre	353
Litoral Norte - RS	25
Nordeste - RS	2
Sul - RS	91
Fora Reg.Metr. - RS	480
Total	951

Fonte: Ministério da Saúde - SIH/SUS

REFERÊNCIAS

1. Pratta Elisângela Maria Machado; Santos Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, v. 25, n. 2, jun. 2009 . [citado 2011 Jan. 06] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000200008&lng=pt&nrm=iso.
2. Guimarães Cristian Fabiano, Santos Daniela Vender Vieira dos, Freitas Rodrigo Cavalari de, Araujo Renata Brasil. 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. Rio Gd. Sul* [periódico na Internet]. 2008 Ago [citado 2011 Jan 05] ; 30(2): 101-108. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=81082008000300005&lng=pt.
3. Sanchez Zila van der Meer; Nappo, Solange Aparecida. Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, ago. 2002 . [citado 2010 Dez. 16] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400007&lng=pt&nrm=iso.
4. Carlini, Elisaldo Araújo et al. drogas psicotrópicas – o que são, como agem. revista imesc, são paulo n 3, 2001. [citado 2010 dez 18] disponível em <<http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20drogas%20psicotr%20c3%93picas%20o%20que%20s%20c3%83o%20e%20como%20agem.pdf>>.
5. Ferri C.P., Laranjeira R.R., Silveira D.X. da, Dunn J., Formigoni M.L.O.S.. Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo: nos anos de 1990 a 1993. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [periódico na Internet]. 1997 Mar [citado 2011 Mar 13] ; 43(1): 25-28. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301997000100007&lng=pt.
6. Ministério da Saúde, coordenação nacional de saúde mental, álcool e outras drogas. o crack: como lidar com este grave problema (i). 2009 [citado 2011 Mar. 22]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1

7. Kessler Felix; Pechansky Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [periódico na Internet]. 2008 Ago [citado 2011 Jan 19] ; 30(2): 96-98. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082008000300003&lng=pt.
8. Oliveira Lúcio Garcia de; Nappo Solange Aparecida. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo, v. 35, n. 6, 2008 . [citado 2010 Dez. 21] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000600002&lng=pt&nrm=iso.
9. Ribeiro Luciana Abeid, Sanchez Zila M., Nappo Solange Aparecida. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. J. Brás. Psiquiatr. [periódico na internet]. 2010 [citado 2011 Mar 15]; 59(3): 210-218. Disponível em : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852010000300007 &lng=pt.
10. Mombelli Mônica Augusta, Marcon Sônia Silva, Costa Jaquiline Barreto. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. Rev. bras. enferm. [periódico na Internet]. 2010 Out [citado 2011 Jan 04] ; 63(5): 735-740. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500007&lng=pt.
11. Zeni Taís Cardoso de. Araújo Renata Brasil. Relação entre o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. J. bras. psiquiatr. [periódico na internet]. 2011 [citado 2011 Jul 15]: 60(1): 28-33. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-2085201100006&lng=pt.
12. Scheffer Morgana; Pasa, Graciela Gema; Almeida Rosa Maria Martins de. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 26, n. 3, set. 2010 . [citado 2011 Jan. 22] Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000300016&lng=pt&nrm=iso.
13. Sousa, Fernando Sérgio Pereira de; Oliveira, Eliany Nazaré. Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, maio 2010 . [citado 2011 Abr. 28] Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 abr. 2011.

14. Araujo Renata Brasil, Gimeno Luisa Isabel Dufech, Mello Rita Mello de, Ruschel Elaine Brasil, Benevides Lucas S., Nichetti Roberto C.. Repercussões do fechamento da Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul [periódico na Internet]. 2003 Ago [citado 2011 Jan 16] ; 25(2): 346-352. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000200011&lng=pt. doi: 10.1590/S0101-81082003000200011.
15. Diclemente, Carlo. Stages of changes and addiction. Minnessota: Hazelden, 2004, p 03-05.
16. Ministério da Saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de ações programáticas estratégicas, área técnica de saúde mental, álcool e outras drogas. Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde. Brasília, Abr. 2010. [citado 2011 mar. 30] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagemSus.pdf>
17. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2011. [citado 2011 jun. 20] Disponível em: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2011/World_Drug_Report_2011_ebook.pdf
18. Ministério da Saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. [citado 2011 Mai. 23] Disponível em [http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=](http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ni)
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ni>.