

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ALDO BECK JÚNIOR

**DEPENDÊNCIA DO CRACK: REPERCUSSÕES PARA O USUÁRIO E SUA
FAMÍLIA**

**PORTO ALEGRE
2010**

ALDO BECK JÚNIOR

**DEPENDÊNCIA DO CRACK: REPERCUSSÕES PARA O USUÁRIO E SUA
FAMÍLIA**

Trabalho realizado como pré-requisito para a
obtenção do diploma de graduação referente ao
curso de Enfermagem da UFRGS.

Orientador: Prof. Dr. Jacó Fernando Schneider

PORTO ALEGRE

2010

RESUMO

O objetivo deste trabalho é analisar a bibliografia existente sobre a substância *crack*, uma droga já conhecida pela população brasileira e que recentemente adquiriu *status* de epidemia, nos mostrando dados alarmantes sobre a sua epidemiologia e com isso um prognóstico preocupante. Veremos como a dependência química vem modificando a vida de usuários, família e sociedade, bem como as forças governamentais, a iniciativa privada e a sociedade civil vêm se organizando para enfrentar esse problema. Neste trabalho também será discutido o papel da família nesse contexto da drogadição, como unidade cuidadora e como vítima da dependência química. Será abordado ainda como os trabalhadores da área da saúde, em especial a enfermagem, podem contribuir com trabalhos voltados para prevenção e tratamento de dependentes químicos. Por fim, levantaremos alternativas para a problemática relacionada ao uso de drogas ilícitas, em particular o *crack*, sem esquecer que existem outras drogas e que são igualmente preocupantes no contexto da saúde.

Palavras chave: Cocaína - crack, drogas ilícitas e enfermagem.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 Introdução..... | 5 |
| 2 Objetivos..... | 8 |
| 2.1 Objetivo geral..... | 8 |
| 2.2 Objetivos específicos..... | 8 |
| 3 Metodologia..... | 9 |
| 3.1 Tipo de estudo..... | 9 |
| 3.2 Delimitação da amostra..... | 9 |
| 3.3 Aspectos éticos..... | 9 |
| 4 Conceituando o <i>crack</i> | 10 |
| 5 Dependência química..... | 14 |
| 6 Epidemiologia..... | 17 |
| 7 Prevenção e tratamento..... | 21 |
| 8 Enfermagem e dependência química..... | 26 |
| 9 Repercussões do uso do <i>crack</i> na família..... | 28 |
| 10 Considerações finais..... | 30 |
| Bibliografia | 33 |

1 INTRODUÇÃO

O *crack* é uma droga relativamente nova, e já possui atributos significativos para ser um dos males do século XXI. De acordo com Silva (2000, p. 11), a dependência química que esta substância causa, é responsável por diversos problemas sociais, tais como tráfico de drogas, assaltos, prostituição, superlotação das cadeias e de hospitais.

Derivado da cocaína, mais barato¹ e de fácil acesso, a popularidade alcançada por esta substância psicoativa passou das ruas, para o conhecimento público através das notícias vinculadas nos meios de comunicação e recentemente atingiu o *status* de epidemia como afirma Melotto (2009, p.11): *Recentemente o consumo de crack passou a ser tratado em discursos midiáticos com o título de epidemia, representando a idéia de sua extensão como problemática para diferentes esferas do contexto social.*

Cada vez mais os serviços de saúde recebem pessoas que necessitam de algum auxílio por conta do uso do crack. Ele está presente quando os indivíduos querem livrar-se da dependência da droga, e buscam ajuda em serviços de recuperação de dependentes químicos ou também nos serviços de emergência médica, quando há atendimento a pessoas que foram vítimas de algum trauma causado por usuários desesperados na busca de qualquer objeto que possa ser trocado pela droga, ou ainda, quando há feridos numa disputa entre traficantes.

A forma rápida com que o crack tem ganhado lugar na nossa sociedade e tem participado direta e indiretamente de inúmeros crimes, internações hospitalares e demais problemas sociais, motiva-me a estudar suas implicações como problemática dentro da ordem social, na tentativa de compreender desde a composição química do mesmo até os aspectos emocionais, sociais, psicológicos e antropológicos por ele sustentados.

Desse modo, considera-se relevante um estudo acerca do assunto, abordando os diversos malefícios causados pelo uso do crack, já que, trata-se de

¹ De acordo com artigo *Equilíbrio Precário no Uso das Pedras*, publicado na revista *Scientific American – Edição Especial*, o crack, apresenta um valor inferior ao da cocaína. No entanto, como o efeito dele é rápido, é necessário o consumo mais freqüente desta droga, anulando o suposto benefício do custo, perante a cocaína.

um grave e complexo problema de ordem social, afetando de sobremaneira a saúde pública e interferindo não só na vida de usuários e familiares, mas no cotidiano de toda a população. Sendo assim, o presente trabalho poderá servir como contribuição para estudos futuros na área da saúde mental e da enfermagem visando um melhor entendimento da substância psicoativa “crack”, suas implicações e repercussões.

Qual é o mal causado pelo *crack*? Quais as conseqüências do seu uso no usuário, na família e na sociedade? O que tem acontecido na saúde pública como conseqüências do uso desta substância? Essas são as questões norteadoras desta monografia que está dividida em seis capítulos centrais.

No capítulo IV, apresento o conceito de *crack* e as suas interfaces na saúde pública, de modo a explicitar sua composição e situá-lo no contexto histórico social, tendo em vista o seu surgimento e a compreensão da sociedade como sendo uma das piores drogas já produzidas.

No capítulo seguinte, será discutido a dependência causada pelo abuso da droga e os riscos que essa substância oferece ao organismo, tanto no contexto físico quanto no psíquico, o grau de vulnerabilidade e os riscos a que os usuários desta droga estão sujeitos.

No capítulo VI apresento a epidemiologia do uso de crack no Brasil com base nos estudos realizados pelos órgãos oficiais do governo e na literatura.

No capítulo VII será feita uma abordagem dos principais tratamentos oferecidos aos dependentes e de que forma os usuários de crack podem buscar auxílio no Sistema Único de Saúde. Além disso, serão apresentadas algumas das formas de prevenção ao uso do *crack*.

A seguir, será visto como a enfermagem colabora através de seus cuidados, atuando no tratamento da dependência química, tanto na área da prevenção, através da educação em saúde, como na área terapêutica, na recuperação dos dependentes químicos.

No capítulo IX são discutidas as repercussões do uso do *crack* na família, como o processo saúde/doença é vivenciado e compartilhado por todos os seus membros, que conseqüências o uso desta droga traz na dinâmica do convívio familiar e como a comunidade percebe e encara esse contexto.

Nas considerações finais, serão feitos comentários relativos ao uso, abuso, tratamento e dependência química, bem como, os malefícios que o *crack* pode trazer no cotidiano do indivíduo que opta pelo contato com essa droga e a difícil batalha para enfrentar a dependência. As reflexões partirão das idéias desenvolvidas ao longo dos capítulos anteriores e reforçarão a problemática enfrentada pela sociedade no que diz respeito ao abuso de drogas, de uma maneira geral, em especial o *crack*, objeto principal deste trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as produções científicas que tratam sobre o uso do *crack*.

2.2 Objetivos específicos

Descrever a influência do uso do *crack* na vida do usuário e na família.

Levantar alternativas de atuação na prevenção ao uso do *crack* e na assistência aos usuários, familiares e sociedade.

Destacar o papel da enfermagem em relação à dependência química.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, que foi desenvolvida por meio de material elaborado em livros, artigos, teses, dissertações ou publicações *on-line*. Segundo Gil (2002), a vantagem deste tipo de pesquisa é proporcionar ao investigador uma visão mais ampla acerca da questão estudada.

3.2 Delimitação das fontes de informação

A coleta foi definida por meio de levantamento bibliográfico realizado em trabalhos publicados exclusivamente em periódicos nacionais nos últimos 15 anos, de 1995 a 2010, veiculados na base de dados CIELO, BIREME e LILACS, usando como palavras-chave *crack*, dependência química, drogas ilícitas e enfermagem.

Inicialmente, as idéias centrais das publicações foram identificadas e agrupadas, analisando-se e interpretando-se o que estas publicações afirmavam, relacionando-as com os questionamentos do estudo: investigar as produções científicas sobre o uso e dependência do *crack* e as repercussões disso para o usuário e a família.

Um critério adotado para exclusão foi a leitura seletiva dos resumos, para a eliminação das publicações que apresentavam pobreza de informações referentes às temáticas propostas para esta pesquisa.

3.3 Aspectos éticos

Todos os direitos foram preservados, na medida em que os autores consultados foram devidamente citados e referenciados no texto.

4 CONCEITUANDO CRACK

Segundo o dicionário Houaiss (2009, p. 566) o *crack* é definido como uma droga de alta concentração e toxicidade, mistura de cocaína, bicarbonato de sódio, etc., geralmente apresentada em forma de cristais para ser fumada numa espécie de cachimbo. Aratangy (2009) ressalta que:

A mistura de cocaína com uma substância básica (soda cáustica ou bicarbonato de sódio, por exemplo) faz com que a droga cristalize, isto é, junte-se em pequenas pedras. Os cristais podem, então, ser fumados, ao contrário da cocaína em pó, que se decompõem quando aquecidos. Como a área de absorção nos pulmões é 200 vezes maior do que a via nasal, em menos de 15 segundos os vapores atingem o cérebro (ARATANGY, 2009, p. 89)

Como vimos acima, o *crack* deriva da cocaína, porém, com efeitos de sobremaneira mais intensos, pois a sua toxicidade juntamente com o fato de ser fumado, torna seu efeito extremamente rápido. Melotto (2009, p.15), afirma que além de uma droga nova, o *crack* pode ser visto como uma nova forma de administração da cocaína, antiga conhecida da humanidade. Kessler e Pechansky (2008) em estudos feitos revelam que na década de 1980 uma nova substância, originária da queima da pasta base de cocaína, juntamente com bicarbonato de sódio e muito mais potente que a mesma, era cozida e fumada através de um cachimbo, produzindo durante a queima um ruído característico de pedras quebrando, de onde deriva o nome “*crack*”.

A cocaína é uma substância característica da região dos Andes e conhecida da humanidade a mais de 4500 anos, sendo usada pelos nativos desta região com fins terapêuticos, estimulantes e religiosos². A cocaína é originária da planta *Erythroxylon coca* e que ainda hoje é usada principalmente de forma mascada (FERREIRA e MARTINI, 2001, p. 96).

² Segundo artigo publicado na revista *Scientific American*, 2010, atualmente as folhas da cocaína são processadas na Colômbia, Peru e Bolívia, e o produto final é levado aos países vizinhos, inclusive o Brasil. Esses países são detentores dos produtos para transformação (éter, acetona, ácidos clorídrico e sulfúrico), tecnologia para segunda fase de processamento e elaboração final da cocaína, enviada posteriormente ao resto do mundo.

Com o passar dos anos a folha de coca foi descoberta por outros povos que colonizaram a região e começaram a estudá-la de tal modo que, com o aprimoramento das substâncias químicas, esta folha passou a ser empregada para fins terapêuticos conforme nos mostra Ferreira e Martini (2001):

No início, a cocaína foi considerada um fármaco milagroso, e os americanos começaram a prescrevê-la para enfermidades particularmente difíceis de tratar. Tentaram empregar a cocaína no tratamento como um antídoto radical da morfina. Freud contribuiu de maneira decisiva para a divulgação da nova droga, quando, em 1884, publicou um livro chamado “Uber coca” (sobre a cocaína), no qual defendeu seu uso terapêutico (...) (FERREIRA; MARTINI, 2001, p. 97).

De acordo com Seibel em artigo publicado na Revista *Scientific American* (2010, p. 27), a cocaína inicialmente foi utilizada como anestésico local por seu efeito vasoconstritor, posteriormente relacionada com diversos problemas médicos, quando consumida repetidamente em doses elevadas.

As experiências com o uso da cocaína como droga terapêutica tiveram significativas complicações, o que contribuiu para a restrição do seu uso, conforme apontam novamente, os autores Ferreira e Martini (2001):

O surgimento de regulamentações e leis restritivas, como o tratado de Haia (1912), Harrison Act, de 1914, nos EUA, ou o Decreto-lei Federal nº 4.292 de 6 de julho de 1921, no Brasil, tornaram a cocaína menos disponível para a população em geral. (FERREIRA; MARTINI, 2001, p. 98).

Como pudemos ver acima, a cocaína nem sempre foi vista como algo que pode prejudicar tanto o ser humano, sendo utilizada de diversas formas na área da saúde, como anestésico, por exemplo.

Existem algumas formas pelas quais se podem administrar a cocaína: 1) Via intranasal (a inalação sob a forma de pó faz com que a cocaína passe ao organismo através da mucosa nasal); 2) Via fumada (a inalação dos vapores decorrentes do aquecimento da pedra, chegam aos pulmões, e em seguida ao cérebro de maneira rápida, só comparada ao uso endovenoso); Via parenteral (a injeção por via endovenosa, é a mais arriscada por expor o usuário a riscos tais como hepatites virais tipo b e c, HIV/AIDS ou endocardite bacteriana, pois comumente a administração por esta via é feita em locais com condições de higiene incertas, além

do risco de contaminação pelo uso comum de seringas e agulhas (SEIBEL, 2010, p. 26).

No entanto, foi como droga ilícita que a cocaína alcançou um enorme destaque, porém, de forma negativa. É no contexto dos anos 1980 que surge algo mais tóxico e poderoso, quando se trata de comprometimento biopsicocultural do ser humano, o *crack*.

O *crack* emergiu no Brasil no início dos anos 1990 e segundo Melloto (2009, p. 14), apresentava-se como fenômeno de rápida expansão na periferia brasileira, no entanto, desde lá, a droga torna-se mais popular nos centros urbanos, invadindo diversos segmentos sociais, atingindo inclusive as áreas rurais. Ramos (2008, p. 99), ressalta que *apesar de seus usuários serem, na maioria, jovens, já se constata casos entre crianças e adultos de todos os segmentos econômicos*. O Escritório das Nações Unidas – UNODC - já considera o *crack* como uma epidemia, e também ressalta sua infiltração em todas as classes sociais, conforme vemos no texto a seguir:

Atualmente a maior parte dos “craqueiros” conhecidos é proveniente das camadas mais desprivilegiadas da população. Isso não significa que não haja usuários de outras classes sociais, mas, além de menos numerosos, estes conseguem utilizar suas condições de classe para garantir maior discrição às suas práticas ilícitas e um abrandamento das próprias seqüelas negativas (UNODC, 2006).

Além de atingir todos os níveis sociais o *crack* também despertou o interesse de usuários de outras drogas, principalmente pela facilidade e baixo custo de seu uso (KESSLER e PECHANSKY, 2008, p. 96).

Com o passar dos anos, o *crack* foi se infiltrando nos meios mais vulneráveis da sociedade, ocasionando o que hoje percebemos como uma epidemia do seu uso e que leva ao caos os serviços de saúde devido ao fato de ser um fenômeno relativamente novo e complexo. Aratangy (2009, p. 90), afirma que no início da década de 90, menos de 10 % das internações de dependentes químicos eram de usuários de *crack*, no entanto, no final da década esse número sobe para 80%.

Embora haja um levante nacional através de campanhas midiáticas no sentido de prevenção ao uso e em relação aos danos que essa droga pode ocasionar, não só no aspecto físico, mas também nos aspectos psicossociais,

é necessário que o Estado esteja preparado para lidar com os malefícios já ocasionados pelo *crack*, como a violência, o desemprego, as comorbidades relacionadas ao seu uso e todos os demais aspectos que estão envolvidos neste contexto. Compartilhando desta idéia, Ramos (2008, p.99), ao atribuir complexidade ao fenômeno uso e abuso do *crack*, afirma que para entendê-lo é necessário recorrer a estudos feitos pela antropologia, sociologia, genética, psiquiatria e psicologia.

5 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O uso de drogas no Brasil é um grave problema de saúde pública, ocasionando inúmeras consequências que interferem no cotidiano de todos os cidadãos. O mal causado pelo uso das drogas e conseqüentemente pela dependência química³, se reflete em todos os âmbitos da sociedade. *Muitos destes problemas a sociedade termina subvencionando com impostos que deveriam ser revestidos em educação, cultura, pesquisa, em saúde e em outros setores* (Silva, 2000, p. 11).

O país assiste atônito ao estrago que o *crack* vem causando a toda uma população. Uma quantidade significativa de brasileiros, experimentam drogas e tornam-se dependentes. Dentre estas drogas está o *crack*, com o seu imenso poder de gerar dependência química e destruidor. O prazer, causado por ele na primeira vez em que o indivíduo faz seu uso, é tão forte que o usuário passa a experimentá-lo com freqüência, devido ao seu alto poder de dependência, vislumbrando uma nova experiência tão fantástica, quanto à primeira, a ponto de muitos destes usuários entrarem para o mundo do crime e se despirem de toda a ética social.

A compulsão para o uso da droga (fissura) parece ser mais forte que a desenvolvida pela cocaína nas outras formas de consumo (...), impedindo qualquer uso controlado. Em menos de um mês, instala-se a dependência, que para muitos traz também a necessidade de roubar e/ou prostituir-se para sustentar o vício (LOPES, 1997, p. 109).

Essa fissura⁴ causada pelo *crack* incorre num comprometimento das funções psíquica e física que dificilmente o usuário consegue ter domínio sobre seus atos, quando abstinente do consumo.

As drogas em geral, estão presentes em todas as classes sociais. O *crack*, predomina nas classes mais baixas, por ser uma droga barata, de fácil acesso e

³ Segundo Silva (2000), o que faz a dependência é a tolerância que o organismo desenvolve à medida que é exposto à droga. Tolerância é um mecanismo natural do corpo humano. Ela tem uma relação direta com a dependência química porque também é responsável pelo aumento gradativo da droga e sua freqüência. Na medida em que a resistência à exposição da droga diminui, a dosagem é aumentada para que o indivíduo sinta o efeito inicial da droga (SILVA, 2000, p. 14-15).

⁴ Fenômeno descrito como um desejo urgente e quase incontrolável que invade os pensamentos do usuário de drogas, alterando o seu humor e provocando sensações físicas e modificação de seu comportamento (KESSLER; DIEMEN; PECHANSKY, 2004, p. 305).

facilidade de uso. Essa população de baixa renda, com precárias condições de vida e sem perspectivas de melhorias e conseqüentemente de pouco acesso à informação, é que inicialmente, torna-se mais vulnerável ao poder destrutivo desta substância.

A vulnerabilidade do indivíduo está relacionada a comportamentos que podem criar oportunidades de infectar-se ou adoecer (...). A vulnerabilidade pessoal irá depender da qualidade de informação que os indivíduos dispõem sobre a doença, da sua capacidade de assimilar a informação e incorporá-la ao conjunto de atitudes do seu cotidiano, transformando seus hábitos (RODRIGUES, 2010, p. 18).

Existem diversos fatores que contribuem para que o indivíduo faça abuso⁵ de drogas, tornando-se assim um dependente. De acordo com Kessler, Diemen e Pechansky (2004):

A dependência química é um transtorno crônico caracterizado por três elementos principais: compulsão para busca e obtenção da droga, perda do controle em limitar esse consumo e emergência de estados emocionais negativos (disforia, ansiedade, irritabilidade) quando o acesso a essa droga é impossibilitado (abstinência). (KESSLER; DIEMEN e PECHANSKY 2004, p. 299).

Demais fatores determinantes relacionados à dependência química também são referidos por Silva (2000, p. 25), como: *falta de controle, impulsividade e incapacidade de ceder diante de pressão de grupos sociais*. Esses fatores indicam um grau de dependência considerável e que o usuário, a partir do momento que manifesta tais indícios, de certa forma, já encontra-se com o organismo bastante atingido pela ação da substância psicoativa.

Embora cada droga haja na estrutura física e psíquica do usuário de uma maneira distinta, segundo componentes psicoativos pelos quais é composta, direta ou indiretamente, acaba atingindo o sistema neuronal desse indivíduo, causando-lhe danos e trazendo conseqüências que dificilmente serão revertidas em sua totalidade. Alguns dos resultados desse quadro irreversível, que muitas vezes são

⁵ O que define o abuso de uma substância química e a repetição de forma patológica é a necessidade constante de usar a droga sem ter consciência de que ela é responsável pelo impedimento de funções sociais, causando danos morais e físicos. Naturalmente este processo autodestrutivo é progressivo, avançando em conseqüência da repetição constante do consumo da droga (SILVA, 2000, p. 14).

ignorados por quem faz abuso dessas substâncias, podem ser listados, como por exemplo, *males físicos, (...) perigo de vida, (...) problemas respiratórios, ataques epiléticos, derrame cerebral ou ataques cardíacos (...), conseqüências na vida sexual, nos relacionamentos, na família, no emprego* (SILVA, 2000, p. 27).

O uso de drogas como o *crack*, por exemplo, é ainda mais danoso devido ao seu poder intenso de atuação. Segundo Aratangy (2009),

Não é fácil livrar-se do crack. Os sintomas da abstinência são penosos (a limpeza do organismo demora cerca de 15 dias) e não existe uma droga de substituição, que ajude a diminuir o sofrimento, como a metadona para os dependentes de heroína (...). O ex-usuário precisa de contínuo apoio psicológico para manter-se afastado das situações que o induzem a recair na droga. (...) Mas só se considera a batalha ganha após uma abstinência de seis anos, pois as recaídas são comuns (...), a sedução da droga é intensa, o acesso é fácil (os traficantes costumam assediar despidoradamente o freguês), a droga é barata, os amigos em geral também são usuários. Não é raro que, disposto efetivamente a largar o vício, o sujeito tenha de mudar de emprego, de escola, de casa. Muitas vezes até de cidade (ARATANGY, 2009, p. 92-93).

Desse modo, estabelecer a dependência com o *crack* não exige esforço nem requer qualquer tipo de estratégia. Basta experimentar e a substância, por si só, age com uma eficiência inigualável, porém, negativa.

Não importa o modo com que o indivíduo passa a travar contato repetitivo com a droga, tornando-se, assim, um dependente químico. Seja por estímulo do ambiente, ou por influência genética, nenhum desses fatores diminui as chances do usuário incorrer em problemas e sequelas, já citadas anteriormente, que poderão permanecer para sempre. Ainda que o dependente químico se submeta à internação e ao tratamento com intuito de enfrentar a dependência, será sempre um indivíduo arruinado e modificado, de alguma forma, pela ação devastadora da droga. E quanto mais intensa tenha sido a ação dessa substância, mais notáveis e irreversíveis serão essas sequelas.

6 EPIDEMIOLOGIA

O consumo de drogas tem crescido bastante nos últimos anos, embora haja empenho do poder público e da iniciativa privada para o combate ao uso. Informações relativas ao crescimento ou redução do uso de substâncias psicoativas são visíveis através dos levantamentos feitos, no entanto os números com relação ao uso de *crack* ainda são incipientes.

A partir desses índices, diversos materiais são publicados com o intuito de revelar e divulgar dados que reflitam as mudanças nos números ligados ao consumo de drogas. O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), é um dos responsáveis por investigar e divulgar os resultados de pesquisas feitas acerca do consumo e uso de drogas no Brasil.

Para que se possa ilustrar melhor a movimentação dos índices, passemos a alguns dados rápidos. Tomemos como ponto de partida os levantamentos domiciliares feitos pelo CEBRID em 2001 e 2005, acerca do uso das principais drogas em cidades com mais de 200 mil habitantes, observando somente a Região Sul⁶:

Tabela 1: Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001 – Região Sul - % de uso na vida:

| DROGA | % DE USO NA VIDA |
|--------------|-------------------------|
| Maconha | 8,4 |
| Cocaína | 3,6 |
| Crack | 0,5 |
| Merla | 0,1 |
| Heroína | 0,1 |

Fonte: I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001.

⁶ Cabe salientar que somente a Região Sul será tomada aqui como objeto de observação deste capítulo e que a quantidade de drogas analisadas a partir das tabelas será restrita, tendo em vista o objetivo deste trabalho.

Tabela 2: Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil 2005 – Região Sul - % de uso na vida:

| DROGA | % DE USO NA VIDA |
|--------------|-------------------------|
| Maconha | 9,7 |
| Cocaína | 3,1 |
| Crack | 1,1 |
| Merla | 0,2 |
| Heroína | 0,3 |

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005.

Como podemos observar pelas tabelas 1 e 2, de 2001 para 2005 houve um aumento do uso de quase todas as drogas apresentadas acima, com exceção da cocaína que diminuiu 0,5%. Tendo em vista que o *crack*, embora seja derivado da cocaína, apresenta maior facilidade de acesso e baixo custo, o que permite que possamos estabelecer como hipótese o fato de que, a diminuição do uso da cocaína está diretamente ligada ao aumento do uso do *crack* na região Sul.

Passemos agora à análise do uso dessas drogas com relação à faixa etária, levando em consideração os índices relativos à região Sul:

Tabela 3: Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2001 – Região Sul - % de acordo com a faixa etária:

| DROGA | FAIXA ETÁRIA | | | |
|--------------|---------------------|-------------------|-------------------|-----------------|
| | 12-17 anos | 18-24 anos | 25-34 anos | ≥35 anos |
| Maconha | 3,6% | 16% | 10,1% | 6,1% |
| Cocaína | 0% | 9,3% | 4,2% | 3,3% |
| Crack | -- | -- | -- | -- |
| Merla | -- | -- | -- | -- |
| Heroína | -- | -- | -- | -- |

Fonte: I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001.

Tabela 4: Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil – 2005 – Região Sul - % de acordo com a faixa etária:

| DROGA | FAIXA ETÁRIA | | | |
|---------|--------------|------------|------------|----------|
| | 12-17 anos | 18-24 anos | 25-34 anos | ≥35 anos |
| Maconha | 7% | 20,2% | 15% | 5,5% |
| Cocaína | 1,2% | 7,1% | 6,1% | 1,6% |
| Crack | 1,5% | 2,1% | 3,1% | 0,2% |
| Merla | 0% | 0,7% | 0,6% | 0,2% |
| Heroína | 0% | 0,7% | 0,6% | 0% |

Fonte: II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005.

A partir das tabelas 3 e 4 que analisam a incidência do uso de drogas de acordo com a faixa etária, podemos perceber que na amostra populacional constituída em 2001 para fazer o levantamento na região Sul, não aparece em nenhuma faixa etária, qualquer incidência relativa ao uso de drogas como *crack*, merla e heroína. Isso significa que, ainda que houvesse algum consumo dessas três drogas pela população da região Sul, o mesmo podia ser considerado quase nulo. Já, o levantamento feito em 2005 nos mostra que houve um aumento significativo com relação a todas as drogas, inclusive do *crack*, da merla e da heroína. Os únicos índices inferiores de 2005 em relação a 2001 foram o consumo de maconha e cocaína na população de faixa etária igual ou superior a 35 anos.

Ainda que as demais regiões não tenham sido analisadas, segundo dados do CEBRID (2005), a maior prevalência com relação ao *uso na vida* de qualquer droga, exceto tabaco e álcool, foi a da região Nordeste onde 27,6% dos entrevistados já fizeram uso de alguma substância psicoativa. A região com menor *uso na vida* foi a Norte com 14,4%. A região Sul, possui a prevalência de 14,8%.

Outro aspecto importante que deve ser observado ao analisarmos os levantamentos de 2001 e 2005, agora, tomando o Brasil de um modo geral, é o fato de que, as drogas citadas nas tabelas anteriores (maconha, cocaína, *crack*, merla e heroína), costumam aparecer mais comumente entre homens com faixa etária de 25-34 anos, principalmente no que tange ao uso da cocaína e do *crack*.

Outro levantamento, também feito pelo CEBRID, que analisou estudantes do ensino fundamental e médio na rede pública de ensino em 27 capitais brasileiras,

em 2004, mostra que das 5 regiões, a região Sul é a que mais apresentou prevalência ao uso do *crack* entre os estudantes, com 1,1%, sendo Florianópolis com 0,3% e Curitiba com 1,2%; em Porto Alegre 1,5%, sendo que a maioria desses jovens são do sexo masculino (PULCHERIO; SPAGNOLI, 2009, p. 100). O *crack*, embora seja considerada uma droga relativamente nova, vem se instalando violentamente em meio à população. A tendência é que continue aumentando, e portanto, precisa urgentemente de uma medida eficaz, antes que faça ainda mais vítimas.

Desse modo, pelos dados que aparecem nas tabelas anteriores específicas da região Sul, percebemos que dificilmente há uma diminuição em relação ao uso de drogas. Nas demais regiões, ainda que não as tenhamos abordado, também se pode considerar que normalmente há um aumento e não uma diminuição acerca do contato com substâncias psicoativas. Se em algum momento, por um lado, percebemos uma redução de porcentagem em relação a algum tipo de droga, por outro lado, temos o aumento de outro tipo, numa espécie de compensação que não configura diminuição dos números em geral.

É a partir desses índices resultantes dos levantamentos que temos uma visão geral sobre nosso país em relação ao uso de substâncias psicoativas. É a partir desses números que somos alertados e convocados a trabalhar no sentido da prevenção e tratamento, a fim de que, em algum momento possamos, através das pesquisas, perceber a redução, de fato, dos números alarmantes que ligam nossa população ao consumo de drogas. Além da prevenção de drogas já existentes, é necessário que combatamos o surgimento de novas substâncias, como foi o caso do *crack* que ao surgir na década de 80, se alastrou intensamente e hoje configura uma grande parcela entre os usuários.

7 PREVENÇÃO E TRATAMENTO

A dependência química sempre esteve presente na raça humana de alguma forma. Desde a antiguidade o ser humano embarca nos prazeres, muitas vezes efêmeros, proporcionados pelas substâncias psicoativas. Civilizações antigas já usavam substâncias que proporcionavam alteração da consciência, seja num ritual de caráter religioso ou simplesmente como costume social, não atrelado a nenhum ritual ou crença.

Entretanto, é importante pontuar que os hábitos e costumes de cada sociedade é que direcionavam o uso de drogas em cerimônias coletivas, rituais e festas, sendo que, geralmente, esse consumo estava restrito a pequenos grupos, fato esse que apresentou grande alteração no momento atual, pois hoje se verifica o uso dessas substâncias em qualquer circunstância e por pessoas de diferentes grupos e realidades (PRATA *et al*, 2009, p. 203).

O fato é que até os dias de hoje nossa sociedade admiti o uso de certos tipos de substâncias que causam dependência, como é o caso do álcool e do tabaco, e o que o leva a experimentá-los é uma conjunção de diversos fatores, e também são diversos os fatores que fazem com que o mesmo faça uso abusivo de determinada substância.

Cada indivíduo possui particularidades que o torna diferente dos demais, sendo assim, em se tratando de prevenção e tratamento à dependência química, não é diferente. Os métodos preventivos e terapêuticos são diversos, não existindo nenhum melhor que o outro, cada um com suas vantagens e desvantagens. Ribeiro (2004, p. 60), ressalta que o tratamento pode ser realizado de diversas formas, em diversos ambientes terapêuticos, alguns mais conhecidos do que outros, porém nenhum se sobressaindo em relação à qualidade perante os demais, o que existe são pacientes mais ou menos indicados para cada serviço

Os diferentes estágios da dependência química, assim como as características peculiares de cada usuário é que definirão o ambiente mais adequado para a realização do tratamento. Dentre esses diferentes ambientes propostos, podemos citar alguns, conforme Edwards, Marchall e Cook (1999) *apud* Ribeiro (2004, p. 60):

- Rede primária de atendimento à saúde;
- Unidades comunitárias de álcool e drogas;
- Unidade ambulatorial especializada;
- Comunidades terapêuticas;
- Grupos de auto ajuda;
- Hospitais gerais;
- Hospital dia;
- Moradia assistida;
- Hospitais psiquiátricos;
- Sistema judiciário;
- Serviços de aconselhamento na comunidade (escolas, empresas, albergues, presídios...). Costa (2009), também ressalta que:

As propostas e formas de atendimento terapêutico variam de acordo com a visão de mundo e perspectiva política, ideológica e religiosa dos diferentes grupos e instituições, governamentais e não governamentais, atuantes nesta área. Da abstinência total à redução de danos, do internamento ao atendimento ambulatorial, dos grupos de ajuda ao tratamento medicamentoso, de programas governamentais a comunidades terapêuticas, o usuário de substâncias psicoativas, que deseja ou necessita de tratamento, tem uma variedade de alternativas, optando por aquela mais adequada ao seu perfil e/ou suas necessidades (COSTA, 2009, p. 02).

No entanto, o que deve ficar bem claro a este paciente é que o processo não se restringe apenas ao momento da recuperação imediata, mas que certamente se estenderá por toda a sua vida.

No que tange o processo de recuperação de um dependente químico, toda a sociedade tem sua parcela de responsabilidade. O Estado, através dos seus órgãos específicos, ligados ao programa de prevenção e tratamento de dependentes químicos, tem um importante papel na recuperação destas pessoas.

O Estado deve estimular, garantir e promover ações para que a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas), possa assumir com responsabilidade ética, o tratamento, a recuperação e a reinserção social, apoiada técnica e financeiramente, de forma descentralizada, pelos órgãos governamentais, nos níveis municipal, estadual e federal, pelas organizações não-governamentais e entidades privadas (SENAD – Secretaria Nacional de políticas sobre drogas).

Como vimos, tanto órgãos públicos como a iniciativa privada e a sociedade civil devem estar engajados no combate a dependência química e na promoção da saúde. Mas oferecer o tratamento não é o bastante quando se trata de dependente químico. O processo é longo, exige determinação e força de vontade, por parte do usuário e de quem o assiste. Em contraposição Silva (2000), afirma que a falta de motivação, a resistência ao tratamento e a negação são fatores decisivos que impedem o progresso no tratamento (SILVA, 2000).

A Política Nacional de Saúde Mental, no que tange o tratamento à dependência química, organiza as diversas formas de tratamento em três níveis: Aberto, Semi aberto e Fechado. O primeiro modelo trata do atendimento em instituições públicas ou privadas, tais como as Unidades Básicas de Saúde e que tenham um caráter terapêutico com as características desta modalidade, vemos também neste nível ações de caráter preventivo e de promoção da saúde junto à comunidade. O segundo modelo estabelece um vínculo intermediário entre o Aberto e o Fechado, sendo realizado nos CAPS/ad⁷ e hospital dia⁸, possuindo um serviço de maior complexidade, porém, com pacientes motivados ao tratamento. No terceiro modelo estão inclusos os hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, onde há atenção de maior complexidade, envolvendo pacientes normalmente pouco motivados ao tratamento (COSTA, 2009, p. 09 – 10).

Vimos que existem diferentes ambientes terapêuticos onde podem ser feitos os tratamentos, no entanto, a prevenção parece ainda ser o melhor remédio. Segundo o CEBRID, o importante é prevenir o uso de drogas, fazer com que o indivíduo não tenha motivação e nem interesse em experimentar a substância, através da conscientização dos danos físicos, psicológicos e sociais a que este indivíduo estará submetido. No entanto, para Bucher (2007, p. 117), em nível da saúde pública, a prevenção é o melhor investimento a médio e longo prazo, contudo, quando se trata de prevenção ao uso indevido de drogas, os modelos sugeridos por

⁷ De acordo com o Ministério da Saúde (2004), Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua.

⁸ Conforme a Resolução da Anvisa RDC nº 50 de 2002, Hospital Dia é a modalidade de assistência à saúde, cuja finalidade é a prestação de cuidados durante a realização de procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos, que requeiram a permanência do paciente na unidade por um período de até 24 horas.

alguns países inclusive o Brasil, são por vezes contraditórios e divergentes, sobretudo, quando se comparado a modelos de organismos internacionais, tais como a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO (1987), Organização Mundial da Saúde - OMS (1988), Organização dos Estados Americanos - OEA (1986) e Organização das Nações Unidas - ONU (Charconett, 1990).

Acredito que a prevenção ainda é a melhor maneira de combater as drogas, incluindo o *crack*, contudo, para que haja êxito, é necessário que sejam observados alguns elementos. Características populacionais devem ser respeitadas, e simplesmente impor uma idéia à comunidade não é a melhor opção. Conhecer a população com a qual se pretende trabalhar é o primeiro passo para aproximar-se de maneira eficaz e conseguir estabelecer um vínculo com esta comunidade. O nosso país ainda encontra-se deficiente em matéria de conhecimento da população com a qual se pretende trabalhar, *pois as campanhas até então realizadas no Brasil têm negligenciado este aspecto, iniciando projetos de prevenção primária⁹ sem qualquer estudo prévio da população em questão* (NOTO; GAUDURÓZ, 1999, p.148).

Os meios de comunicação têm contribuído muito com campanhas alertando sobre os perigos oferecidos pelas drogas. Esse tipo de campanha embasa-se fundamentalmente na divulgação de informações a respeito de determinada substância, e o que se espera com isso, é que a população atingida assimile esta informação, conscientize-se, e as pessoas que estejam em situação de vulnerabilidade e possam de algum modo vir a usar determinada substância, não o façam, pois já possui informação o bastante para saber que essa atitude não é a adequada.

No entanto, estudos têm sugerido que, apesar da informação ser fundamental, quando aplicada isoladamente não tem tido muito sucesso enquanto medida preventiva, uma vez que embora ela seja capaz de mudar alguns conceitos, isso não implica, necessariamente, em uma mudança de comportamento (Carlini-Cotrim, 1992; Dorn & Murji, 1992; Noto et al., 1998 *apud* Noto e Gauduroz, 1999, p.148).

⁹ De acordo com a OMS (1992), Prevenção Primária refere-se ao conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de novos casos de uso abusivo de psicotrópicos, ou até mesmo um primeiro uso.

A partir disso, podemos nos questionar se o indivíduo em situação de vulnerabilidade de fato levará em consideração o que assiste em campanhas publicitárias ou, restringirá o seu conhecimento sobre essas substâncias através de relatos de amigos, vizinhos ou mesmo familiares e que possam influenciá-lo ao uso. Aratangy (1998) *apud* Müller, Paul e Santos (2008, p. 611), ressalta que metodologias preventivas recheadas com informações científicas acerca dos efeitos químicos, com metodologias moralistas e de enfoque religioso, com intenção de conceituar as drogas entre o bem e o mal, não obtêm sucesso em termos preventivos.

Apesar de todos os problemas identificados nas políticas de prevenção ao uso de drogas no Brasil, acredito que esta ainda seja a melhor alternativa. A problemática das drogas é atualmente um tema que tem mobilizado políticos, estudiosos, igreja e sociedade civil, mas mesmo com grande demanda de esforço ainda perdem-se muitas vidas. Podemos pensar que é difícil estabelecer um modelo de prevenção ideal, sempre haverá motivos para que estes sejam criticados. Talvez, o modelo ideal agregue informação e inclusão social, não só ofertando informações às pessoas, mas também lhes oferecendo atividades onde possam valorizar a vida realmente. Ir às escolas e falar aos alunos que droga faz mal e que não é “legal” usá-las, não é o suficiente em comunidades onde a droga seja a válvula de escape mais fácil. Penso que se o jovem tiver contato com atividades onde ele possa perceber a vida de outra forma, realizar atividades com caráter lúdico, tais como participação em eventos esportivos, culturais, participação em projetos de inclusão social, ficará mais fácil, ele por si só, refletir se as drogas lhe trazem algum benefício.

8 ENFERMAGEM E A DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Existem diversos estágios no tratamento da dependência química, que vão desde o atendimento na atenção básica em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou ESF (Equipe de Saúde da Família), por exemplo, até a internação em hospital psiquiátrico ou hospital geral, que é o nível de maior complexidade, e em todos estes níveis o enfermeiro está presente e se faz necessário. Esse profissional detém um conhecimento teórico/prático de fundamental importância no tratamento desses pacientes.

O conhecimento sobre drogas – efeitos, dosagens, danos, formas de utilização - bem como as propostas teóricas que pretendem compreender o porquê do uso, terapêuticas, fatores de risco e de proteção, populações vulneráveis e políticas públicas, dentre outros aspectos, são indispensáveis a todos os que pretendem trilhar este caminho (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004, p. 429).

Além de um conhecimento importante, o profissional enfermeiro possui um vínculo muito próximo ao paciente, em todos os níveis de complexidade. Na atenção básica, principal porta de entrada dos serviços de saúde, o enfermeiro está apto a identificar possíveis problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, dentre elas o *crack*, e intervir, de maneira rápida, antes que o problema tome maiores proporções. *Os enfermeiros são os que mantêm contato maior com os usuários dos serviços de saúde e têm grande potencial para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas e desenvolver ações assistenciais* (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004, p. 429).

Os mesmos autores supracitados afirmam que a forma como parte da enfermagem enxerga os usuários de drogas não difere muito do conceito que outras pessoas têm dos mesmos, muitas vezes designando-as como bêbados, pé de cana, viciado, sem caráter, depravado. É importante salientar, que para atuar com essa clientela é indispensável se despir de pré julgamentos e ver o indivíduo não somente como uma doença, mas também reconhecer o seu problema e enxergá-lo como indivíduo portador de um sofrimento e que necessita de cuidado. Uma atitude não julgadora é indispensável no tratamento com essas pessoas e este tratamento para com o paciente é importante, pois alguns estudos já têm abordado a maior ou menor

aderência de usuários de drogas ao tratamento de dependência química, visto que o cuidador é um fator decisivo à adesão do dependente aos serviços assistenciais (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004, p. 429).

Acredito que com o avanço da epidemia de *crack* e outras drogas no Brasil, a prevenção continua sendo a melhor opção, sendo assim penso que, mantendo o foco com atuação na família e na comunidade permite à enfermagem criar um vínculo com essa clientela e chegar ao problema maior sem intermediários. Pillon e Luis (2004, p. 677), nos afirma que a experiência em outros países mostra que os novos modelos assistenciais disponíveis à enfermagem, nessa área, tem como objetivo promover iniciativas no âmbito comunitário bem como na assistência direta tanto ao indivíduo, quanto à família e grupos específicos da comunidade.

Introduzindo um modelo voltado para a prevenção, mas não somente através de informações, do enfermeiro detentor do conhecimento para os leigos, e sim com atividades junto à comunidade, que aproxime a população dos serviços de saúde e que estreitem os laços entre profissionais e clientela, é que poderemos de alguma maneira, pelo menos, proporcionar qualidade de vida às pessoas que sofrem com a dependência química.

9 REPERCUSSÕES DO USO DO CRACK NA FAMÍLIA

Não só o *crack*, mas também as drogas de modo geral, e incluem-se aqui também as chamadas drogas lícitas tais como álcool e tabaco, são considerados um problema de saúde pública e, por conseguinte, afeta toda a sociedade. No entanto, o sofrimento com o uso de substâncias psicoativas afeta de maneira mais importante, além do próprio usuário, as pessoas mais próximas a ele, a sua família¹⁰. Wright e Chisman (2004, p. 265), compartilham da mesma idéia e ressaltam que *o fenômeno das drogas constitui um problema social com impactos diretos na saúde do indivíduo, família e sociedade*.

A família constitui-se na unidade cuidadora maior, sendo a responsável pelo desenvolvimento de seus membros. No entanto, quando se trata de dependência química, esta família corre o risco de ficar seriamente fragilizada. Pratta, Branco e Santos (2009, p. 208), afirmam que *além da necessidade de buscar constantemente a droga, a dependência causa mudanças acentuadas na interação do indivíduo com seus familiares, afetando suas relações sociais e até mesmo profissionais*. Sobre isso, escutamos constantemente relatos na mídia, que nos falam de usuários de *crack* que, quando tomados pela fissura da droga furtam dinheiro, objetos ou até mesmo são agressivos com os parentes próximos. Quanto a isso, Noto e Galduróz (1999, p.147), ressaltam que a violência relacionada ao uso indevido de drogas não fica restrito somente a brigas de bares, acidentes de trânsito ou brigas entre traficantes, mas também envolve o ambiente familiar de maneira muito importante.

A droga, por ser um grande desagregador de famílias acaba deteriorando o relacionamento desse indivíduo, com todos ao seu redor, inclusive com a comunidade onde ele reside. Silva (2000, p. 46) expõe que a família pode produzir tipos patológicos, ou seja, no advento do uso indevido de drogas por um dos pais, pode resultar desorganização e anormalidade no ambiente familiar, gerando desordens de personalidade e indivíduos psicóticos. A família “patológica” cria uma

¹⁰ De acordo com Silva (2000, p. 45), a família definida por suas características antropológicas, é um grupo de pessoas que fala a mesma língua, vive no mesmo espaço físico, compartilha hábitos e costumes familiares, está ligado ao mesmo laço sanguíneo e mantém o nome dos seus ancestrais. A função da família é complexa porque ela é um sistema que tem multiplicidade e várias dimensões.

divisão, uma ruptura na unidade, a ponto de ser gerada uma unidade caótica, que dificulta a percepção da diferença entre o eu e o outro.

A família tem grande responsabilidade na formação do indivíduo e por isso, ao menor sinal de problemas, o sistema de saúde deve tentar intervir e de alguma maneira apoiá-la, fortalecendo-a para que consiga resistir a problemas, tais como a dependência química.

A literatura de enfermagem também vem fazendo referências ao papel da família como cuidadora em situações de saúde e doença. Neste sentido encontramos o conceito de família como unidade de cuidado (de seus membros), cabendo aos profissionais apoiá-la, fortalecê-la e orientá-la, quando ela se encontrar fragilizada (ELSEN, 2004, p. 20).

A temática das drogas é complexa, assim como a convivência familiar. No entanto, a família desempenha um papel importantíssimo na formação do indivíduo e situa-se como a primeira unidade de promoção e prevenção. Assim como existem campanhas de combate às substâncias psicoativas, acredito na funcionalidade de campanhas de valorização da família como meio de prevenção e combate ao uso indevido de drogas.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática das drogas continua sendo uma das mais debatidas atualmente, tendo em vista seu poder de proliferação social, atraindo cada vez mais usuários e, conseqüentemente, causando danos à sociedade em geral. A problemática das drogas é tão vasta que, de alguma forma está ligada a áreas do conhecimento como a saúde, a economia, a educação e a segurança, fazendo com que sejam afetadas sempre que os índices relativos às drogas se alteram.

Um dos vetores que podem alterar o quadro das substâncias psicoativas é justamente o surgimento de novas substâncias, como foi o caso do *crack*, que na última década, pelo menos, alcançou números alarmantes e vem sendo uma das principais preocupações, instigando grandes campanhas por diversos setores da sociedade, no sentido de prevenção dos indivíduos, especialmente àqueles com maior vulnerabilidade, quanto ao contato e uso desta droga.

Diversas condições, discutidas nos capítulos anteriormente relatados, favorecem o contato do indivíduo com o *crack*. Inicialmente, tudo não passa de uma simples experimentação, uma curiosidade seguida de alguns minutos rápidos de euforia, alteração da consciência, ocasionando um intenso prazer, que logo transforma-se num pesadelo incondicional, do qual, os indivíduos já dependentes, precisam se tratar.

A mídia, através do clamor social, vem atuando fortemente numa veiculação constante e ostensiva de campanhas em todas as esferas do poder público e da iniciativa privada, que expõe os riscos provocados pelo uso do *crack*. Ainda assim, o consumo dessa droga continua crescendo, atraindo homens, mulheres, adultos e crianças para um caminho onde muitas vezes não há volta.

De modo geral, o *crack* não escolhe gênero, classe social, idade, tampouco raça. Embora o uso prevaleça entre os grupos com maior vulnerabilidade biopsicosociocultural, atingindo em cheio a periferia das grandes cidades, qualquer indivíduo, independente da sua condição, não está livre do contato com o *crack*. As informações acerca dos malefícios causados por essa substância nem sempre são suficientes para evitar que o contato ocorra, e na maioria das vezes, logo em seguida, a dependência. Assim, após a queda, é necessária uma luta intensa na

tentativa de recuperação daquilo que já se perdeu em tão pouco tempo com o uso do *crack*.

A enfermagem tem papel crucial em todos os momentos da dependência química, desde a prevenção ao tratamento, no entanto, em se tratando de dependência química, não há uma cura completa, existe sim uma abstinência que requer motivação por parte do indivíduo e auxílio dos profissionais da área da saúde para que não haja recaídas.

O tratamento é uma etapa que deve ser cumprida, no entanto, muitos outros passos, são igualmente importantes neste processo, onde devem ser levados em consideração diversos fatores. Como podemos objetivar o tratamento em indivíduos que querem se tratar, se estão entrelaçados numa complexa rede criminosa que o impede de afastar-se deste contexto?

Desse modo, optar pelo uso do *crack*, seja porque motivo for, significa formar parte de um contexto turbulento que cada vez mais desencadeia outros problemas, num “efeito cascata”, quase sempre sem volta. Além dos problemas físicos causados no organismo, a parte psíquica é sempre fortemente afetada, e ainda que o indivíduo, por meio do tratamento consiga êxito no sentido de livrar-se da dependência, carregará as marcas trazidas pelo uso do *crack*.

O indivíduo que se entrega à droga poderá estar fadado à falência dos valores morais e éticos que o integram. Fácil é conhecê-la, difícil é livrar-se, pois age interna e externamente ao usuário.

Pode-se afirmar que, atualmente o *crack* é um dos maiores entraves que a sociedade enfrenta, pois, o esforço para combatê-lo, infelizmente não tem sido suficiente. Seu poder de alastrar-se, compete similarmente com as tentativas de prevenção, e estas quase sempre são diminuídas perante as proporções que a droga toma, no sentido de fazer mais e mais dependentes. Ainda assim, a comunidade e o governo, ajudando-se mutuamente, agregam forças para atuar na problemática das drogas, com o intuito de diminuir sua circulação, de prevenir através da informação e ajudar na recuperação dos que já adentraram um caminho de difícil volta, mas não impossível, que é o da dependência química. Com base nisso, nota-se uma necessidade de realização de estudos nesse campo, para que

futuramente entendamos melhor a complexidade da dependência e assim possamos ajudar mais significativamente às pessoas que tanto necessitam de auxílio.

BIBLIOGRAFIA

ARATANGY, Lídia Rosemberg. *Doces Venenos: Conversar e Desconversas sobre drogas*. São Paulo: Editora Olho D' Água, 2009.

BRASIL. *Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA*. Resolução nº. 50, de 21 de Fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília - DF, 2004.

BUCHER, Richard. A ética da prevenção. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2007, vol.23, n.spe, pp. 117-123. ISSN 0102-3772.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Disponível em: http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/prevencao.htm#1
Acessado em 14 de junho de 2010.

CEBRID – Centro Brasileiro sobre Uso de Drogas Psicotrópicas. *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país*. São Paulo 2001.

CEBRID – Centro Brasileiro sobre Uso de Drogas Psicotrópicas. *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. São Paulo 2005.

COSTA, Selma Frossard. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no Atendimento à Dependência Química. In: *Serviço Social em Revista*. V. 11, nº 2, Jan/Jun 2009, Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <http://www.ssrevista.uel.br/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DABLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICASCOM%20REVIS%20%20DO%20AUTOR.pdf> Acesso em 16 de junho de 2010.

ELSEN, Ingrid. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. 4. ed. Maringá: Ed. Da Universidade Estadual de Maringá, 2004. p. 19-28.

Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime. *Políticas públicas em contexto de violência relacionados ao consumo de álcool e outras drogas: Manual de utilização das referências*. UNODC, 2006.

FERREIRA, Pedro Eugênio M and MARTINI, Rodrigo K. Cocaína: lendas, história e abuso. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2001, vol.23, n.2, pp. 96-99. ISSN 1516-4446.

GIL, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HOUAISS, Antônio. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

KESSLER, Felix Henrique Paim, DIEMEN, Lísia von, PECHANSKY, Flávio. Dependência química. *In: Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KESSLER, Felix, PECHANSKY, Flávio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *In: Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. V. 30, nº 2, mai/ago, 2008, p. 96 – 98.

LOPES, Cahô. *Cara a cara com as drogas: guia prático para entender e enfrentar a complexidade da dependência*. Porto Alegre: Sulina, 1997.

MELOTTO, Patrícia. *Trajetórias e usos de crack: estudo antropológico das trajetórias de usuários de crack*. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

NOTO, Ana Regina and GALDUROZ, José Carlos F.. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 1999, vol.4, n.1, pp. 145-151. ISSN 1413-8123.

PILLON, Sandra Cristina and LUIS, Margarita Antonia Villar. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2004, vol.12, n.4, pp. 676-682. ISSN 0104-1169.

PRATTA, Elisângela Maria Machado and SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2009, vol.25, n.2, pp. 203-211. ISSN 0102-3772.

PULCHERIO, Gilda, SPAGNOLI, Renato. Crack. *In: Revista da AMRIGS*, Porto Alegre, V. 53 , nº1, jan/mar. 2009, pp. 100-101.

RAMOS, Sérgio de Paula. *O crack, o pai e os psiquiatras e psicanalistas*. *In: Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. V. 30, nº 2, mai/ago, 2008, p. 99 – 100.

RIBEIRO, Marcelo. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. 2004, vol.26, suppl.1, pp. 59-62. ISSN 1516-4446.

SEIBEL, Sérgio. Equilíbrio precário no uso das pedras. *In: Scientific American Brasil*. Nº 38 – Edição especial, São Paulo: Ediouro Gráfica, 2010.

SENAD. Tratamento. Disponível em http://www.senad.gov.br/prevencao_tratamento/tratamento.html Acesso em 13 de junho de 2010.

SILVA, Ilma Ribeiro. *Alcoolismo e abuso de substâncias psicoativas: tratamento, prevenção e educação*. São Paulo: Vetor, 2000.

SPRICIGO, Jonas Salomão and ALENCASTRE, Márcia Bucchi. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas : um estudo em Biguaçu-SC. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2004, vol.12, n.spe, pp. 427-432. ISSN 0104-1169.

WELLAUSEN, Rafael Stella. *Avaliação dos fatores associados ao uso de álcool e drogas na criminalidade: um estudo no sistema penitenciário*. Dissertação de mestrado em Psicologia – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009

WRIGHT, Maria da Glória Miotto; CHISMAN, Anna McG. A Saúde Internacional, o Fenômeno das Drogas e a Profissão de Enfermagem na América Latina. In: *Texto & Contexto Enfermagem*. V. 13, nº 002, Abril/Junho 2004, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, p. 264-271.