

USUÁRIOS DE CRACK NO BRASIL: AS DIFICULDADES DE ACESSO À REDUÇÃO DE DANOS, PROVENIENTES DAS POLÍTICAS CONTRA AS DROGAS NO PAÍS

Cintia de Carvalho Vasconcelos*

Cláudia Polubriaginof **

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil do usuário de crack, juntamente com a história e a evolução da droga no Brasil, levantar as formas de uso e as políticas de drogas no país. **Metodologia:** trata-se de um trabalho analítico-descritivo de revisão bibliográfica. Fontes: artigos que tiveram a sua publicação entre 2002 e 2015. **Resultados:** o perfil prevalente do usuário de crack continua sendo do sexo masculino, composto majoritariamente por jovens que possuem baixo nível de escolaridade e baixa renda. A utilização compulsiva prevalece, entretanto, os usuários estão desenvolvendo estratégias de uso concomitante com outras drogas para diferenciar o efeito do crack. As políticas contra a droga no Brasil são repressoras, condenando o usuário e não dando alternativas para a redução de danos. **Conclusão:** as políticas punitivas existentes refletem diretamente na possibilidade de cessação do uso de drogas e efetivo tratamento do usuário.

Descritores: Cocaína/crack; Formas de uso; Transtornos relacionados ao uso de cocaína; Políticas de drogas.

INTRODUÇÃO

O final da década de 80, no Brasil, foi marcado pelo aparecimento do crack na Zona Leste de São Paulo, afetando principalmente a população economicamente menos favorecida e de baixa escolaridade¹. É uma droga derivada da cocaína, substância que atua no sistema nervoso central gerando efeitos psíquicos e físicos, mostrando-se extremamente danosa e com alto poder de dependência. Embora a forma de utilização comumente vista seja através de cachimbos ou de latas¹⁻², vale ressaltar que os usuários acabam sempre desenvolvendo outras estratégias de utilização em busca de sensações diferenciadas ou um efeito mais longo. Por sua vez, o efeito do crack é maior e mais intenso, fazendo com que sejam necessárias diversas administrações para que o usuário chegue a um estado maior e mais duradouro de euforia¹.

* Aluna do 8º Semestre do curso de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro. São Paulo, SP. Email: cintia.ccv@hotmail.com

** Professora do Curso de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro. São Paulo, SP.

Com isso, o crack é uma droga na qual o início da sua utilização costuma ser caracterizado por sintomas prazerosos (bem-estar, euforia e aumento da resistência física), sintomas que facilitam a utilização da droga por usuários advindos de outras substâncias, tornando esta uma prática comum, porém, seu uso frequente acaba causando grande dependência, elemento desencadeante da sintomatologia da fissura.

O crack acaba se caracterizando como uma prática hostilizada no Brasil, na qual a imagem do usuário se resume a um indivíduo sem controle de suas ações e altamente associado à criminalidade³, e mesmo com a exclusão social de seus usuários, as legislações que defendem as políticas contra drogas no país continuam sendo repressivas e com lógicas punitivas aos usuários, sendo que os relatos, as investigações relacionadas às práticas de uso de drogas, e até mesmo as técnicas desenvolvidas pelos usuários em prol da diferenciação dos sintomas da fissura, mostram que o alto grau de dependência da droga e a sintomatologia da fissura, são o que levam o usuário a uma nova administração da droga (recaída). Dessa forma, deveria ser levada em consideração a possibilidade do aumento das políticas contra as drogas, focadas na redução de danos, tendo em vista que os dados corroboram o fato de que as políticas repressivas não estão dando resultados significativos.

Contudo, é importante observar a história e os avanços que o crack obteve dentro do Brasil e analisar o perfil prevalente do usuário de crack, bem como as políticas adotadas dentro do país. Além disso, também é importante observar as técnicas diferenciadas para a utilização da droga pelo usuário, que visa um efeito diferenciado, técnicas que podem ser consideradas positivas à saúde dos usuários.

Considerando o contexto apresentado anteriormente, esta pesquisa teve como objetivo apresentar o perfil do usuário de crack, as formas de uso e as políticas contra as drogas no país, a fim de contribuir no aprimoramento da atuação da equipe de enfermagem junto ao usuário de crack.

1. A HISTÓRIA DO CRACK NO BRASIL

No Brasil, o primeiro relato da inserção do crack no país foi em 1989, na Zona Leste de São Paulo, passando posteriormente para as regiões centrais¹⁻². Em 1995, o aumento de relatos de consumo da droga em forma de crack já havia aumentado significativamente².

Inicialmente, o preparo da droga era feito pelo próprio usuário, através da conversão do cloridrato de cocaína (pó), constituindo a forma de casca². Entretanto, com o seu alto poder de comercialização, os traficantes começaram a produzir a droga e comercializar em forma de pedra, o que chamava muita atenção por seu “falso” preço baixo. Por não ser uma droga conhecida, os traficantes, objetivando realizar a divulgação e forçar a adesão da droga pelos usuários, esgotavam as reservas de outros tipos de drogas em seus pontos de distribuição, inclusive a oferta da maconha, disponibilizando apenas o crack, fazendo com que os usuários aderissem a esta droga por não terem alternativas².

O interesse de traficantes em divulgar e comercializar este tipo de droga era determinado pelo alto nível de dependência que o crack promovia e também por seu fácil manejo⁴, podendo ser facilmente adulterado com substâncias inertes e estimulantes de baixo custo, o que tem diminuído sua pureza em termos de concentração de cocaína.

Naquela época, com a estratégia dos traficantes e o poder de dependência do crack, sua propagação foi instantânea devido à escassez de outras drogas. Os usuários começavam com a utilização do crack (droga ilícita) já em sua fase inicial, sem ter a alternativa de optar por outras drogas menos intensas, como de costume⁴.

Mesmo em tempos atuais, o valor da pedra de crack continua relativamente o mesmo. O que leva a crer que a pedra vem perdendo em termos de qualidade, visto que, segundo os relatos mais antigos acerca das características da mesma, ela era amarela e de consistência rígida, já os relatos atuais dizem que ela é branca e pastosa, contendo diluentes como bicarbonato de sódio, talco, pó de vidro, pó de mármore e fezes de animais²⁻¹².

Por sua vez, o crack é obtido através da pasta base de coca ou da cocaína refinada com bicarbonato de sódio e água. A pasta base ou pasta de cocaína é uma substância branca, semi-sólida ou sólida, que se obtém como produto intermediário da refinação dos sais de cocaína. Trata-se de um produto grosseiro, que contém muitas impurezas, como metanol, éter, acetona, permanganato de potássio e ácido sulfúrico. O composto obtido através da mistura de pasta base com bicarbonato de sódio e água, quando aquecido a mais de 100°C, passa por um processo de decantação, no qual substâncias líquidas e sólidas são separadas, e o resfriamento da porção sólida gera a pedra de crack, que concentra os princípios ativos da cocaína, ganhando esse nome devido aos estalidos emitidos quando fumado⁵.

Sem nenhum controle em sua produção e com grande facilidade em ser adulterado, o crack possui diferenças no nível de pureza e na concentração de cocaína, podendo conter diversos outros níveis de substâncias tóxicas, e em razão disso, apresenta um valor relativamente menor que o valor da cocaína (pó). Por conta disso, o seu consumo é maior em grupos economicamente menos favorecidos⁵.

O perfil dos usuários de crack é composto, em sua grande maioria, por jovens, do sexo masculino, solteiros, de baixo grau de escolaridade, baixo nível econômico, e sem vínculo empregatício formal¹⁻²⁻³. Em relação ao início do uso do crack, relatos apontam que a utilização dessa droga procede do uso de outras substâncias, o que leva a crer que os usuários são muitas vezes poliusuários, tanto que permanecem realizando a utilização concomitante¹.

A maconha e a cocaína (pó) costumam ser o ponta pé inicial para dar impulso ao uso da cocaína fumada (crack)¹⁻⁸. Sendo que a maior motivação para determinado ato é o baixo custo, a busca por novas experiências e sensações ou a busca por um efeito mais intenso¹. O uso concomitante ao cigarro é comumente observado, posto que são necessárias as cinzas de cigarro para a utilização do crack no cachimbo¹⁻⁴⁻⁵.

Atualmente, a aquisição do crack é simples, rápida e notoriamente pública, mediante contato com pontos especiais de distribuição, denominados por “tráfico de asfalto”, “bocas”, “bocadas” ou “biqueiras”².

O fator determinante para os locais de utilização vai de acordo com as classes sociais, podendo ser de forma isolada ou coletiva. Os usuários com melhor poder aquisitivo fazem uso em locais mais protegidos, evitando lugares sujos e inóspitos¹, dando preferência à utilização isolada, fugindo dos riscos. Sendo que são riscos gerados pelo próprio usuário, pois, por conta da fissura, a urgência pela droga e a falta de condições financeiras, o usuário acaba se submetendo a estratégias arriscadas para obtenção da droga, como o tráfico de drogas, sexo sem proteção, assaltos e brigas.

Em contrapartida, o perfil principal da utilização do crack vem de usuários desfavorecidos economicamente, em que a maneira predominante de uso ocorre em locais onde estão localizadas as cracolândias, ou áreas centrais das grandes cidades.

2. FORMAS DE USO

Embora a primeira aparição do crack na cidade de São Paulo tenha sido há mais de 20 anos, a forma comumente utilizada desde então tem sido através de cachimbos e latas¹⁻², sendo que estas são as formas nas quais a substância é absorvida de uma maneira mais intensa¹ (Figura 1).

O cachimbo apresenta as mais variadas formas de confecção (copo de iogurte e de água mineral; isqueiro; tubo de pasta de dente; tampa de garrafa PET; canos de PVC; lâmpadas; entre outros), o nome denominado para este artefato é “Cachimbo de Alumínio”, independente de qual seja o seu material de fabricação²⁻¹². Tem como elementos fundamentais a cinza de cigarro e a folha de alumínio (suporte do crack). (Figura 2)

Figura 1 – Usuária de crack utilizando como “cachimbo” um copo de água mineral.



Fonte: Site Globo.com. Disponível em: <<http://extra.globo.com/incoming/7107090-a1c-b8f/w448/usando-crack.jpg>>. Acesso em: 17 de novembro de 2016.

Figura 2 – Caixa de fósforos e cachimbo envolto em papel alumínio, usados para o consumo de pedras de crack.



Fonte: Site Vi Agora. Disponível em: <<http://www.viagora.com.br/images/com-o-acusado-foi-encontrado-um-cachimbo-e-uma-caixa-de-fosforo-usados-para-consumo-de-crack-5062.jpg>> Acesso em: 20 de novembro de 2016.

Com a utilização de um mesmo cachimbo por dias seguidos, é possível notar o acúmulo de um resíduo escuro no interior do mesmo, sendo ele denominado de “borra, raspa, resina ou sarro”, que ao ser removido e fumado, pode produzir um efeito ainda mais intenso do que o da própria pedra, pois é uma forma ainda mais concentrada da cocaína².

Ao ser utilizado no cachimbo, abre um leque maior quanto às estratégias de utilização, sendo uma delas denominada de “dar a segundinha”, que é quando o usuário dá o primeiro trago, e tapa o bucal do cachimbo, fazendo com que um outro usuário possa fazer uso da fumaça que havia ficado no interior da lata/cachimbo².

A lata de alumínio também é uma importante ferramenta para a utilização da droga. Entretanto, torna-se importante destacar que o uso dessas latas acaba aumentando o nível de alumínio sérico na corrente sanguínea do usuário, predispondo o indivíduo a uma possível intoxicação e danos neurológicos irreversíveis. O uso compartilhado das latas de alumínio com outros usuários também aumenta significativamente o risco de contaminação por doenças infectocontagiosas, pois o contato repetido com o alumínio aquecido acaba lesionando o tecido cutâneo, causando o aparecimento de bolhas e feridas na língua, nos lábios, rosto e

dedos, que ao entrar em contato com outros usuários, faz com que aumente o nível de contaminação¹.

Figura 3 – Lata de alumínio usada para o consumo de crack.



Fonte: Site Perfil News. Disponível em: <http://www.perfilnews.com.br/media/gallery/fadc_droga-e-latinha-viciado.1jpg.jpg>. Acesso em: 20 de novembro de 2016.

O crack, por sua vez, ao ser utilizado concomitantemente com outras drogas, acaba tendo seu efeito diferenciado. As formas mais comuns de misturas são com tabaco, cloridrato de cocaína (forma aspirada), álcool e maconha⁶. Sua utilização com o tabaco é denominada como “capetinha, cisclado ou pitilho”². Essa forma de utilização possui um efeito mais fraco do que o uso da pedra isoladamente, de modo que ainda há a vantagem de poder ser utilizada em locais públicos sem causar alardes².

Com o Cloridrato de Cocaína, garante-se a intensidade e a duração dos momentos de prazer¹, distanciando-se das sensações de delírios e alucinações, fissura e arrependimento. O emprego do Cloridrato de Cocaína é tão intenso pelos usuários de crack que chegaria a ultrapassar, em frequência, o uso realizado por usuários exclusivos de Cloridrato de Cocaína¹⁻⁶.

Ao ser usado com a maconha, denomina-se como “mesclado ou melado”, que tem como principal característica a diminuição dos sintomas da fissura e os demais efeitos ansiogênicos²⁻⁴⁻⁶, permitindo que o usuário tenha a possibilidade de retornar às suas atividades rotineiras, além de permitir que o efeito do crack dure por mais tempo⁶.

Semelhante ao motivo de utilização concomitante com a maconha, o uso associado com o álcool está relacionado com a cessação da sensação da fissura, no intuito de permanecer com suas atividades rotineiras. Esse ato permite que o usuário seja exposto a maiores riscos, pois os efeitos vasoconstritores da cocaína diminuem a absorção do álcool, que por sua vez, ao entrar em contato com a cocaína, forma o metabólito cocaetileno, que tem meia vida maior e efeito arritmogênico semelhante ao da cocaína, aumentando assim o período de intoxicação e também o risco de morte súbita⁴⁻⁶⁻⁷.

3. A AÇÃO DO CRACK E O COMPORTAMENTO DO USUÁRIO

O crack possui efeitos extremamente danosos, tanto físicos como psíquicos. Além de estar associado a desfechos muito desfavoráveis que envolvem a violência, criminalidade, homicídio, problemas de saúde, entre outros⁷⁻⁹. Sendo que ao ser fumado, ele se difunde rapidamente dos pulmões ao cérebro, causando efeito intenso e instantâneo⁷.

O início dos efeitos psicoativos produzidos pela cocaína (substância ativa no crack) demora entre oito segundos a trinta minutos, e permanecem de cinco a noventa minutos, dependendo, em parte, da via de administração. Neste sentido, o crack costuma levar em média de seis a oito segundos para dar início aos seus efeitos, permanecendo por cinco a dez minutos sintomatológicos, dependendo do organismo do usuário⁵.

A intensidade da cocaína ao ser fumada é maior, porém a duração do seu efeito é mais curta, fazendo com que o usuário tenha que administrar diversas vezes seguidas para alcançar um estado intenso e duradouro de euforia⁵. Por ter um efeito fugaz e intenso, é possível notar, com o crack, os sintomas da abstinência com mais frequência, e devido a essas características, o uso passa a ser compulsivo e frequente.

A sintomatologia do crack costuma ser dividida em efeitos psíquicos e físicos⁶, sendo que seus efeitos psíquicos acontecem em duas etapas distintas e sempre na mesma ordem, de modo que primeiramente são notados os efeitos positivos (prazer), sucedidos pelos efeitos negativos (desagradáveis). Por agir diretamente no centro de recompensas e ter ação direta sobre o comportamento e as emoções, o crack e seus derivados são altamente propensos à dependência. Seus efeitos variam desde estados acentuados de depressão, grandiosidade e ansiedade, até os graves sintomas de paranoia e transtornos afetivos.

Sua ação causa perda de apetite, transmite sensação de bem-estar, euforia, aumenta a resistência física ao diminuir a sensação de fadiga, além de promover inquietude, excitação, loquacidade, ansiedade e até confusão mental. A euforia causa desinibição, curiosidade e interesse, autoconfiança e autoestima aumentadas. Essa euforia inicial pode ser seguida de ansiedade, agitação, psicose, delírio, tremores, rigidez muscular ou hiperatividade e convulsões⁵⁻⁶.

Dependendo da dose e da duração do consumo, a agitação converte-se em disforia, acompanhada da mistura de ansiedade e irritabilidade, variando de leve ao pânico, juntamente ao delírio. Desta forma, os efeitos negativos mais comuns, como as alucinações, delírios, fissura, sensação de depressão e arrependimento, são comumente associados às sensações de perseguição (paranoia), despertando intenso medo e angústia no usuário, o que o estimula a adoção de comportamentos repetitivos e atípicos que aliviem essa situação, como: abrir e fechar portas e janelas; apagar e acender luzes; buscar incessantemente por resto de crack que possam ter caído no ambiente de uso, entre outros⁵⁻⁶.

A ação da droga, além de desencadear os efeitos psíquicos no usuário, também desencadeia efeitos físicos, podendo ser subdivididos em efeitos motores e viscerais. O principal efeito motor apresentado é a contração de músculos involuntários, inclusive dos músculos da face, que vem acompanhada com a protrusão do globo ocular, o que faz com que o usuário fique com a expressão marcante de pânico, servindo como um potente identificador social. Como resposta visceral, a mais frequente é a manifestação involuntária do sistema gastrointestinal, medida por episódios de flatulência, diarreias e vômitos. Sintomas viscerais que podem ser desencadeados prontamente no usuário, ao recordar do momento do efeito da droga ou de momentos após o uso⁶.

Por sua vez, em um intervalo da administração da droga, o usuário pode apresentar as sensações da fissura e a sensação dos efeitos negativos pós-utilização do crack, fazendo com que o usuário queira fazer uma nova administração em busca da cessação dos sintomas. Porém, ele pode estar exausto ou esgotado financeiramente, vendo-se obrigado a se desfazer do que ainda possui ou a praticar atividade ilegais, comprometendo sua segurança, liberdade e integridade física.

O roubo e a prostituição estão entre as atividades ilícitas mais praticadas pelos usuários, além da venda ou troca de seus pertences por pedras de crack em pontos estratégicos

de venda da droga. A prostituição acaba sendo mais um agravante, visto que na maioria das vezes é praticada sem nenhuma proteção e muitas vezes é feita entre os próprios usuários⁶.

A prostituição por usuários de crack do sexo feminino já havia sido mencionada desde o início do aparecimento do crack na cidade de São Paulo, entretanto, atualmente é possível identificar homens se prostituindo em troca de droga, e também a prostituição compulsória, em que homens cedem suas mulheres para traficantes ou a outros usuários, em troca de pedras de crack, observando-se que o período e o número de pedras são preestabelecidos no momento da negociação⁶.

O usuário de crack, quando está em fissura, muitas vezes acaba se endividando com os traficantes, comprometendo ainda mais a sua segurança, pois além do perigo da ação da droga em seu organismo, ele também corre o risco sério e real de vida caso não quite a dívida no tempo estabelecido.

4. POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O PROBLEMA DO CRACK NO BRASIL

Embora a utilização de drogas esteja acompanhando diversas culturas ao longo da história da humanidade, é errôneo dizer que essa utilização seja uma prática cultural. É cabível afirmar que a droga é concebida negativamente seja pela necessidade de enfrentá-la, seja pelos riscos que gera à sociedade ou aos agravos à saúde que proporcionam ao usuário.

Desta forma, o crack acaba se caracterizando como uma prática hostilizada no Brasil, considerando que a imagem do usuário dessa droga se resume a um indivíduo sem controle de suas ações e altamente associado à criminalidade³. Porém, o usuário não se restringe a essas características e também deve ser destacado que usuários com padrão de consumo funcional (uso controlado ou uso combinado) são comumente identificados⁶, sendo eles dos mais diversos padrões e classes sociais, mostrando a visão equivocada do indivíduo (marginalizado) anulado pelo crack.

Nesse âmbito, a questão do uso do crack no Brasil tem sido negligenciada, seja sob o ponto de vista dos cuidados adequados aos usuários, ou do modo como essa prática tem sido concebida³. E mesmo com a exclusão social dos usuários, o foco da legislação apresentada até os dias atuais continua se baseando na repressão com lógicas proibicionistas e punitivas aos usuários³, posto que tal legislação costuma acreditar que o usuário é caracterizado como criminoso ou como um doente, ajudando a sustentar as políticas “antidrogas”.

Essas políticas, desde seu início no Brasil, sempre foram consideradas como políticas cercadas de repressões e abstenção, sustentando-se em vários mitos básicos. O primeiro desses mitos defende a ideia de que a droga é a causa da dependência química, condenando os usuários que a consomem e sustentando a ilusão de que a droga seja a raiz de todo o problema, levando a crer que na abstinência estaria a solução¹⁰. O segundo mito relaciona a ideia de que os usuários de drogas sejam todos criminosos, permitindo associar a droga à criminalidade e a insegurança. Neste sentido, esse entendimento justifica as legislações que punem e penalizam as condutas e os comportamentos individuais, cristalizando a ideia de que o usuário seja sempre um criminoso¹⁰. O terceiro mito traz a ideia de que o usuário, de maneira consciente ou inconsciente, está buscando a própria morte. O quarto e último mito defende a ideia de que toda droga causa AIDS, justificando a atribuição do rótulo que julga os usuários de drogas como grupo de risco, o que continua incentivando preconceitos, e ainda dando validade a mensagens, como: “a melhor maneira para prevenir a AIDS, é simplesmente não usar drogas”¹⁰.

A negligência com os usuários e o imaginário social bloqueia a realidade, em que o risco está diretamente associado ao que o usuário faz (comportamentos e condutas)¹⁰, e não tem nenhuma ligação com o que a pessoa é como indivíduo dentro na sociedade civil.

Sendo assim, vale ressaltar que para a legislação, a utilização da droga é um risco à sociedade, visto que gera criminalidade e falta de segurança. E, por acreditar que a abstinência da droga seria a solução, de acordo com a lei, o sujeito que consome droga pode ser penalizado como um infrator.

A Lei nº 11.343/2006 diz que:

Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I – advertências sobre os efeitos das drogas; II – prestação de serviços à comunidade; III – medida educativa de comparecimento a programas ou cursos educativo... O juiz determinará ao Poder Público que coloque a disposição do infrator, gratuitamente, estabelecimento de saúde, preferencialmente ambulatorial, para tratamento especializado.

Dessa forma, presume-se que o uso das drogas fica restrito a uma ordem jurídica que delimita suas possibilidades, tornando-se um “crime”. Corroborando a ideia, de acordo com a referida lei, que o usuário tem duas opções: ser preso ou se tratar. Ou seja, trata-se de um criminoso ou um doente³.

Segundo o Departamento Penitenciário Nacional, entre os anos de 1990 e 2012, enquanto o número da população geral do Brasil teve um aumento de 30%, a quantidade de presos aumentou 511%. E vale observar que mais da maioria dessa população (54%) é parda ou negra, possui entre 18 e 29 anos (55%) e pouca escolaridade (Ministério da Justiça)³. Com isso, coincidentemente se observa que este é o mesmo perfil dos usuários de droga.

Tais informações corroboram a ideia de que a penalização e a criminalização dos usuários não estão refletindo em mudanças significativas, considerando que não têm reduzido o consumo e o número de consequências negativas que a utilização da droga acarreta ao usuário, demonstrando assim, o fracasso na política da guerra contra as drogas.

Em contrapartida, em meados de 1989, enquanto estava surgindo o crack no Brasil, também surgia a primeira tentativa de troca de seringas entre usuários de drogas na cidade de Santos, em São Paulo, um programa de redução de danos, que objetivava diminuir a proliferação da AIDS entre usuários de drogas injetáveis. O programa na cidade de Santos não se efetivou, mas em 1995 foi fundado, em Salvador, o primeiro programa de troca de seringas do Brasil, em que um acordo entre o governo brasileiro e o banco mundial possibilitou um conjunto de ações de redução de danos, voltado ao controle do HIV e de outras infecções de transmissão parenteral entre usuários de drogas injetáveis¹¹.

Com seus resultados positivos, nos anos seguintes foram abertos mais de 200 programas de redução de danos, e progressivamente o programa foi acolhido em outros municípios, fazendo com que o programa de redução de danos não focasse apenas nos usuários de drogas injetáveis, mas também em outras populações, tais como presidiários, meninos de rua, profissionais do sexo, usuários de crack e usuários de anabolizante¹¹.

Em seu início, a política de redução de danos sofreu represálias, pois essa prática era vista como um incentivo ao uso de drogas, mas por outro lado, já era notável que o público usuário de drogas injetáveis estava ficando cada vez mais seletivo, e ao perceber tais resultados, os moradores das comunidades atendidas pelo programa progressivamente passavam a colaborar com o mesmo. A decadência da política de redução de danos se deu após a transferência de responsabilidade da disponibilização de recursos para ações do programa, do Governo Federal, passando a ser dos estados e municípios¹¹.

Porém, com a decadência das políticas iniciais, a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS e a Secretaria Nacional de Política sobre

Drogas – SENAD/Ministério da Justiça, assumiram um papel relevante para as políticas de uso de álcool e drogas. Entre elas, estão a criação da rede de pesquisa sobre drogas, em parceria com o instituto de drogas e toxicodependência – IDT, de Portugal e a criação do SUPERA – Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas¹¹.

Entre as ações desenvolvidas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, destaca-se a ampliação da rede de CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas, como dispositivos de cuidados para a população de usuários de drogas. Observando-se o progressivo aumento do consumo de crack, em 2009 foi lançado pelo Governo Federal o PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do acesso ao tratamento e a prevenção em álcool e outras drogas, seguido em 2010 pelo “ O Plano Crack” – Plano de integração das ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e de outras drogas¹¹.

Em linhas gerais, as estratégias de redução de danos para os usuários de drogas, tratam-se sempre de informações e orientações, através de folhetos explicativos, nos quais devem constar informações para cessação total da substância ou opções de migração para a utilização menos danosa. Além disso, também é necessário conter orientações para que em situação de problemas de saúde (mal-estar) o usuário procure ajuda médica, sendo que é de extrema importância que o usuário informe a substância na qual está em uso, para que seja possível o adiantamento do atendimento específico¹⁰⁻¹¹.

Nos últimos anos, surgiram várias estratégias de redução de danos voltadas ao crack, incluindo, por exemplo, a utilização de cachimbo para o consumo da droga e a tentativa de substituição do crack pelo uso de outras drogas com efeitos menos danosos.

Com isso, a utilização do cachimbo é uma estratégia que visa à redução da utilização da droga em recipientes nada higiênicos, como latas de refrigerante e copos usados. O material do cachimbo distribuído pelos programas de redução de danos é feito de madeira (para evitar a intoxicação de materiais como plástico e metal), e com um bocal de plástico (bocal/ piteira). O usuário ainda é orientado a não fazer utilização conjunta com outros usuários e a não emprestar os bocais de seu cachimbo, para evitar a transmissão de doenças. Acompanhando essa linha de raciocínio, cada kit distribuído para a redução de danos do crack, contém: cachimbo com ou sem bocais extras; folhetos explicativos; preservativos e sachês de lubrificantes; e, em alguns casos, contém cremes labiais (prevenção de rachaduras provenientes de queimaduras)¹².

Tratando-se da utilização de outras drogas, buscando a redução dos danos do crack ou até mesmo na tentativa da cessação de sua utilização, a substância comumente utilizada é a maconha¹², pois, em um processo de tentativa de transição ou cessação, ela tem a capacidade de aliviar as sensações de fissura causadas pelo crack⁴⁻¹², e seu efeito é menos danoso.

Programas como o consultório de rua, atendimentos nos CAPSad e comunidades terapêuticas também dão um grande respaldo no atendimento ao usuário do crack, ajudando nos projetos de reduções de danos e ajudando nas crises de abstinência do usuário.

A dificuldade que o profissional de saúde encontra para disponibilizar um maior respaldo aos usuários de drogas está relacionada à falta de apoio advindo do governo, ressaltando a falta de treinamento e também a falta de disponibilização de locais específicos para esse tipo de atendimento¹¹.

Os CAPSad são considerados como um ótimo auxílio nas estratégias de redução de danos, porém, para que eles pudessem obter um melhor resultado, o ideal seria uma fusão com o programa de Estratégia de Saúde da Família – ESF, para que o usuário pudesse ter um maior acompanhamento em seu tratamento, mas mesmo em tempos atuais, a prática do uso de drogas é vista através de uma perspectiva preconceituosa, e a falta de treinamento e de incentivo acabam reduzindo esse leque de apoio¹¹. Treinamentos, busca ativa, e suporte de segurança, aumentariam as possibilidades da atuação do CAPSad, não restringindo suas ações apenas em sua região, mas possibilitando também um acesso maior aos pontos com elevada frequência de usuários, como os locais de tráfico de drogas.

CONCLUSÃO

A curiosidade por novas sensações e a busca pela cessação da fissura continuam sendo os principais motivos que levam o usuário a procurar o crack. Por ser uma droga de baixa qualidade, ele conseguiu se manter e se classificar cada vez mais como uma droga repulsiva no país, de modo que os seus usuários continuam, em sua grande maioria, pertencendo às baixas classes socioeconômicas, em que o perfil prevalente do usuário aponta para jovens do sexo masculino, de baixo grau de escolaridade, baixo nível econômico e sem vínculo empregatício formal.

Pode-se observar que a utilização do crack através do cachimbo e da latinha se configura como prática comum, entretanto, é notório que os usuários estão adaptando cada

vez mais outras formas diferenciadas de utilização da droga, criando, inclusive, hábitos de utilização concomitante com outras drogas, como a maconha e a cocaína (pó), pois essa prática tem como objetivo cessar a fissura ou dar maior intensidade ao efeito do crack. Sua utilização continua ocorrendo de forma compulsiva, possuindo um grande poder de comprometimento físico e moral, e por ter um efeito intenso e instantâneo, o usuário necessita de várias utilizações seguidas, o que o leva ao vício. Pelo fato de ser uma droga danosa ao psíquico dos indivíduos, ela acaba o excluindo da sociedade e o usuário muitas vezes se vê obrigado a aderir a práticas ilícitas para sustentar seu vício.

Baseando-se no perfil dos usuários de crack e nas características desenvolvidas pelos eles, as políticas contra as drogas no país, priorizam a ideia de que acabar com as drogas sanaria o problema. Por conta disso, possuímos leis repressivas que nos levam a crer que o usuário é um risco à sociedade, e utilizando dessa argumentação, os usuários podem ser penalizados como infratores ao utilizar drogas. Com isso, ele teria duas opções, tratar-se ou ser preso. Induzindo assim a ideia de que ele seria um criminoso ou um doente, negligenciando o cuidado aos usuários.

É importante destacar, porém, que os dados mencionados pelo sistema penitenciário do Brasil mostraram que o número de presos com as características que correspondem aos usuários de drogas aumentou significativamente, o que nos leva a crer que a lei punitiva não tem tido resultados positivos, visto que a proliferação de usuário de crack nas ruas está cada vez maior.

Em contrapartida, as técnicas de redução de danos, tanto físicos como psíquicos (fissura) vêm sendo cada vez mais aderidas pelos usuários de drogas, podendo ser exemplificadas pelo uso do crack concomitantemente com a maconha, no intuito de sanar a sensação de fissura. Se os resultados positivos da redução de danos são notáveis, é de grande importância o investimento neste tipo de abordagem, pois os usuários teriam uma maior aderência, tratando o paciente de forma que as consequências danosas posteriores sejam menores. Ressaltando que o incentivo e o preparo deverão alcançar também o profissional de saúde, para que ele possa realizar a identificação e a captura do usuário, fazendo com que a qualidade de vida do usuário aumente gradativamente.

Em linhas gerais, conclui-se que a informação necessária para as alterações nas políticas contra as drogas e para a redução de danos vem do próprio usuário, que é o portador

do conhecimento necessário para as respectivas mudanças. Além disso, o usuário não deve ser penalizado, e sim acolhido pela sociedade e pelo sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Jorge MSB, Quinderé PHD, Yasui S, Albuquerque RA. Ritual do Consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2013;18(10):2909-2918.
2. Oliveira LG, Nappo AS. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Rev Psiq Clin*. 2008;35(6): 2012-8.
3. Neto MLA, Santos MFS. As mascaras da pobreza: o crack como mecanismo de exclusão social [monografia]. Recife: Universidade Estadual de Pernambuco, Curso de Psicologia; 2015.
4. Sanchez ZM, Nappo AS. Sequencia de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Rev Saúde Publica* 2002; 36(4): 420-30.
5. Castro RA, Ruas RN, Abreu RC, Rocha RB, Ferreira RF, Lasmar RC, et al. Crack: farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos, clínicos e tóxicos. *Rev Med Minas Gerais*. 2015;25(2): 253-259.
6. Oliveira LG, Nappo AS. Caracterização da Cultura de Crack na Cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Publica*. 2008;42(4):664-71.
7. Silva LR, Fernandinho LS, Gomes PA, Xavier AJD. O paciente de crack- diagnóstico terapêutica na urgência. *Rev Med Minas Gerais* 2015;25(2):244-252.
8. Botti NCL, Machado JSM. Comportamento violento entre usuários de crack. *Av Enferm*. 2015;33(1):75-84.
9. Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo AS. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(6):1168-75.
10. Morera JAC, Padilha MICS, Zeferino MT. Políticas e estratégias de redução de danos para usuários de drogas. *Rev Baiana de Enfermagem*. 2015;29(1): 76-85.
11. Andrade TM. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16(12):4665-4674.
12. Niel M, Silveira DX. Drogas e redução de danos: Uma cartilha para profissionais de Saúde. São Paulo: Ministério da Saúde, 2008.