

# COCAÍNA, CRACK, ANFETAMINA E METANFETAMINA

**“Eu não cheiro, não fumo. Só estou bebendo. Pelo menos uma  
cervejinha, né?”**

Cássia Eller, no último ensaio com a banda, realizado no dia anterior à sua morte.

## • COCAÍNA E CRACK

### Um pouco de história

A cocaína é consumida há milhares de anos pelos povos pré-colombianos. No século XIX ganhou popularidade na Europa na composição de vinhos e tônicos (o mais famoso persiste até hoje e chama-se Coca-Cola). Fabricantes de medicamentos patenteados, tônicos e refrescos produziram uma pletora de produtos que continham cocaína, desde cremes e pós nasais a supositórios. Estes medicamentos alegavam curar uma lista de doenças, incluindo alcoolismo, asma, gripes, eczemas, neuralgias, dependência de morfina e doenças sexualmente transmissíveis. Torna-se então popular

no Peru e sua produção se espalha por outros países da América do Sul.

Entre 1900 a 1920, uma série de reportagens na mídia americana associava a cocaína a crimes hediondos cometidos por negros. A cocaína passou a ser estigmatizada nos EUA por sua associação a trabalhadores pobres de minorias étnicas. Eles cheiravam cocaína porque não podiam comprar seringas, o que os distinguiu no uso da droga dos médicos, advogados e classes média e alta, que injetavam a droga. A cocaína passou a ser acusada de ser um “potente incentivo para que negros humildes em todo o país cometam crimes anormais”. Em função dos relatos de dependência e dos efeitos indesejáveis, passou a ser proibida. Todos estes fatos, no início do século passado, lançam bases para uma reforma legislativa nos EUA, que culminou com a criminalização da substância. O Harrison Narcotics Act de 1914 restringiu significativamente a disponibilidade da coca e cocaína, proibindo o uso da droga em medicamentos patenteados. A combinação de propaganda adversa da substância e de legislação específica removeram a aura de respeitabilidade da droga. Com a proibição, a droga tornou-se cara, sendo disponível apenas para uma minoria afluyente. Foi praticamente

esquecida até os anos 80, quando ressurge e se torna o símbolo do estilo de vida frenético dos jovens executivos do mercado financeiro. Associada à ambição e ao dinamismo, ela se tornou a droga típica dos anos 80. Passou a ser aspirada vorazmente por jovens angustiados e executivos pressionados pela competição nos negócios, os *yuppies*. Em festas, a oferta de pó pelos anfitriões se tornou um sinal de exibicionismo de novos-ricos.

Obviamente o alto custo da cocaína refinada a tornava inacessível aos bairros pobres, e entre 1984 e 1985 surge quase simultaneamente nos bairros pobres de New York, Los Angeles e Miami uma alternativa que era a “free base”, ou seja, a maceração ou pulverização de folhas de coca com solventes (álcool, parafina, benzina ou querosene). Essa pasta base é precursora da droga que conhecemos como crack, cristais fumados em cachimbos, que estalam quando expostos ao fogo (*cracking*; daí o nome).

O uso do crack por via fumada cria disponibilização plasmática da droga quase imediatamente, o que faz com que ela possa atingir o cérebro em poucos segundos. A euforia produzida pela droga é de altíssima magnitude e curtíssima duração. Portanto, seu potencial de criar dependência é altíssimo.

Muitos usuários de crack passam dias consumindo a droga até a exaustão, sem dormir e sem se alimentar minimamente. Atraídos pelo baixo preço, usuários de cocaína refinada e usuários de maconha adicionaram o crack ao seu padrão de consumo (alguns usuários misturam crack com a maconha, produzindo a *Desireè*, ou simplesmente “Zirrê”, que tem potencial de causar dependência idêntico a crack.

No Brasil, o crack aparece com mais força nos anos 90, e entre 1993 e 1997 as apreensões da Polícia Federal aumentaram cerca de 160 vezes.

Atualmente há uma percepção generalizada do aumento da prevalência do consumo de crack, já podendo ser denominado como problema de saúde pública em nosso meio.

### **Ação no cérebro e restante do corpo**

Euforia e desejo por novas experiências com a substância podem ser atribuídos à ação da cocaína no bloqueio de receptação da dopamina. Há também uma ação secundária no bloqueio da serotonina e da noradrenalina. O fenômeno permite que esses neurotransmissores tenham mais tempo de ação na sinapse. Sob efeito da droga, o usuário

experimenta sensações intensas de prazer, euforia e disposição.

Seus efeitos agudos são caracterizados por euforia, autoconfiança elevada, aumento do senso de energia, vigília, estado de alerta sensorial, redução do apetite, ansiedade e atitude suspicaz, que pode atingir a paranoia.

Ocorre ainda aumento do trabalho cardíaco (frequência e contração), hipertermia, sudorese, tremores, hiperventilação, midríase, espasmos de língua e de mandíbula.

Complicações do uso mais comuns são convulsões, arritmias, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, parada respiratória e morte.

## • ANFETAMINAS E METANFETAMINAS

### **Mais história**

1887 – É sintetizada na Alemanha a primeira anfetamina, a Fenilisopropilamina. Sua finalidade era elevar a pressão arterial durante procedimentos anestésicos.

1914 – Também na Alemanha, é sintetizada a primeira metanfetamina, a 3,4 metilendioxi metanfetamina (MDMA), que viria a ser conhecida anos mais tarde como *ecstasy*.

1927 – Começam estudos clínicos experimentais com as anfetaminas.

1929 – Sintetizada a benzedrina, anfetamina que foi utilizada no tratamento da asma.

1939 a 1945 – Segunda Guerra Mundial: primeiros relatos de abuso de benzedrina pelos soldados aliados, com o objetivo de combater a fadiga, mantê-los acordados e alertas por mais tempo e evitar a fome, reduzindo o consumo de alimentos.

Anos 70 – No rastro do movimento da Nova Era (do inglês New Age) com uma proposta de um novo modelo de consciência moral, psicológica e social além de integração e simbiose com o meio envolvente, que apregoa que mente humana tem níveis de profundidade e vastos poderes que podem mesmo substituir a realidade ("tu crias a tua própria realidade com a tua mente"), houve uma grande difusão do uso de anfetamínicos.

Anos 90: explode a produção e o consumo das *club drugs*, que ainda crescem nos dias de hoje, relacionadas a festas em boates e *raves*.

### **Aspectos do consumo**

Essas substâncias podem ser usadas de três maneiras:

- Terapêutica: sob orientação médica para tratamento.
- Instrumental: Com um fim determinado (aumentar concentração, emagrecer, etc.)
- Recreacional: Para fins únicos de diversão e alteração da consciência.

Sua ação terapêutica limita-se a estimulante do SNC, em casos de déficit de atenção e hiperatividade e de narcolepsia. Para usar como inibidor de apetite, os critérios são:

- Pacientes com IMC maior que 30 (obesos) ou com IMC entre 27 e 30 (sobrepeso) que possuem comorbidades associadas (diabetes, hipertensão, dislipidemias) e já fracassaram utilizando dietas e atividades físicas.

## **Ações no cérebro e no resto do corpo**

**Anfetaminas:** Potente ação estimulatória do SNC, aumentando muito a liberação de noradrenalina e de dopamina, e ainda aumento da liberação da serotonina, causando alteração das percepções. Inibe o sono, ativa o estado de alerta, inibe o apetite. Estimula o humor, aumenta a iniciativa, a autoconfiança e a concentração, provoca euforia, agitação psicomotora com taquilalia (falar exageradamente e ininterruptamente).

Acompanha hipertensão arterial, bradicardia, constipação intestinal, constipação ou diarreia, contração uterina (o que pode provocar cólicas ou aborto).

Anfetamínicos mais conhecidos: Anfepramona (Hipofagin, Inibex), Dextroanfetamina (Reactivan, conhecido como *rebite* ou *bolinha*), Fenproporex (Desobesi), Metilfenidato (Ritalina)

**Metanfetaminas:** São potentes liberadores e inibidores da recaptção de serotonina, dopamina e noradrenalina. Seus efeitos mais frequentes são euforia, aumento da autoestima, sensação de bem estar e felicidade, empatia, aumento de energia, extroversão, aumento da sociabilidade, intensificação da percepção de cores e sons, sinsetesias (sons e cores se misturam e podem



ganhar formas), inibição do apetite e intensificação da sexualidade.

Acompanha boca seca, perda do apetite, desidratação, além de outros efeitos já citados para anfetaminas.

Quando ocorre rigidez muscular, hipertermia e hiperreflexia, estamos diante da síndrome serotoninérgica, que pode ser fatal.

Metanfetaminas têm nomes populares que não são precisos. Um mesmo apelido pode designar diversas substâncias ou a combinação de Metanfetaminas com outras drogas (o nome *ice*, por exemplo, pode designar MDMA, MET, ou a mistura de metanfetamina com crack).

Algumas delas são: DMA (*pílula do amor*), DOB (*cápsula do vento*), MDMA (*Ecstasy, cristal, adam, etc.*), MET (*Meth, speed, etc*), DOET (*Stp*, que significa serenidade, tranquilidade e paz).

Obras consultadas:

Dependência Química: Alessandra Diehl

The Little Back Book series – Psiquiatria – David P. Moore