

Centro de Estudos

CLÍNICA
JORGE
JABER



Cocaína e Crack

Cocaína

a

- A cocaína é uma droga com fortes propriedades estimulantes.
- É extraída da planta *Erythroxylon coca*, nativa da América Andina.
- É a droga ilícita que mais motiva o usuário a buscar tratamento, embora não seja a droga mais consumida, o que evidencia o impacto pessoal e familiar dessa dependência.



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 vários produtos (o mais famoso persiste até hoje chama-se Coca-Cola).



Fabricantes de medicamentos patenteados, tônicos e refrescos produziram uma variedade de produtos que continham cocaína, desde cremes e pós nasais a sucos.

Esses produtos podiam curar uma lista de



doenças, incluindo alcoolismo, asma, gripes, eczemas, neuralgias, dependência de morfina e doenças sexualmente transmissíveis.

Cocaína

a

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 conseguir empregos dignos. Eles distinguiam no uso da droga dos médicos, advogados e políticos que injetava a droga.



Cocaína

a

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 esses fatos, no início do século passado, lançam bases para uma reforma legislativa nos EUA, que culminou com a criminalização da substância.

Cocaína

a

O Harrison Narcotics Act de 1914 restringiu significativamente a disponibilidade de coca e cocaína, proibindo o uso da droga em medicamentos patenteados.

A combinação de propaganda adversa da substância e de legislação específica removeram a áurea de respeitabilidade da droga.

Com a proibição, a droga tornou-se cara, sendo disponível apenas para uma minoria afluyente.



Cocaína

a

Foi praticamente esquecida até os anos 80, quando ressurgiu e se tornou 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.

Crack

Obviamente o alto custo da cocaína refinada a tornava inacessível a bairros pobres, e entre 1984 e 1985 surge quase que simultaneamente nos bairros mais pobres de New York, Los Angeles e Miami a cocaína “free base”, ou seja, a maceração ou a pulverização com solventes (álcool, parafina, benzina ou querosene).

Esta pasta base (sulfato de cocaína) é precu...
como Crack, cristais fumados em cachimbo...
ao fogo (cracking, daí o nome).

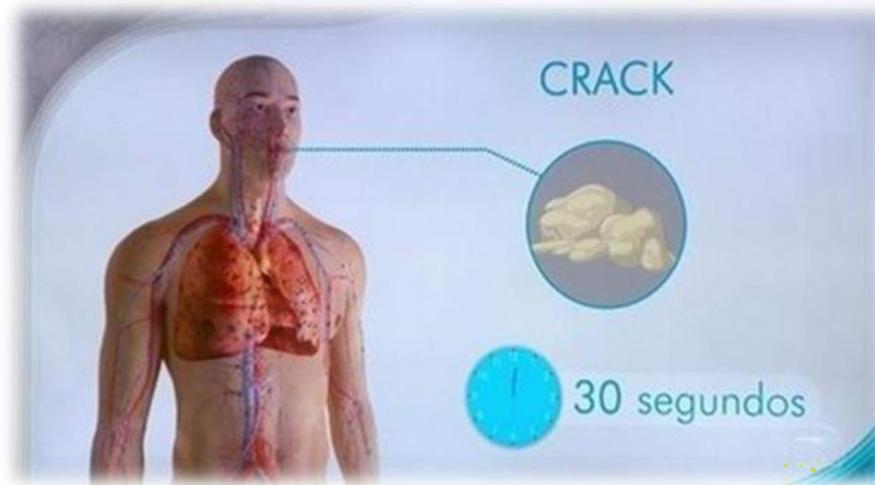
A pasta base era chamada nos países andinos de “basuco”, evocando a natureza

da mistura (alcalina) e a potência de seus efeitos psicotrópicos (bazuca).



Crack

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 segundos.



A euforia produzida pela droga é de altíssima magnitude e curtíssima duração.

Portanto, seu potencial de se criar dependência é altíssimo

Crack

O perfil inicial dos consumidores, na maioria dos jovens, era de usuário de cocaína refinada atraídos pelo preço baixo, usuários de maconha e poliusuários de drogas, que adicionaram o crack ao seu padrão de consumo.



A utilização do Crack é seguida por intensa fissura e desejo de repetir a dose.

Crack

Muitos usuários de crack passam dias consumindo a droga até a exaustão, sem dormir e sem se alimentar minimamente.



Alguns usuários misturam crack com a maconha, produzindo o Desirée, ou simplesmente o “Zirrê”, que tem potencial de causar dependência idêntico ao crack.

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 em diversas regiões brasileiras, já podendo ser dominado como problema de saúde pública em nosso meio.

Crack

Pesquisas (Dunn & Laranjeira, 1999; Ferri & Gossop 1999) com usuários de cocaína e crack no município de SP revelou o seguinte perfil:

- Sexo masculino, idade média de 27 anos, solteiros, com menos de 8 anos de estudo, desempregados ou afastados de sua atividade, vivendo na casa dos pais, padrão de poliabuso de substâncias.



Os usuários de crack em sua maioria iniciaram o consumo na faixa etária dos 12 aos 24 anos.

Crack

A consequência do consumo sobre o usuário é marcante. São causas frequentes de mortalidade desses usuários decorrentes de infecção por HIV e homicídios. São complicações

Observa-se assim o quanto os dependentes de crack estão expostos a situações de alto risco para sua integridade física.



Crack

Observa-se uma dissociação entre o querer e o gostar nos dependentes de crack e cocaína: o uso aos poucos é reconhecido como prejudicial, entretanto permanece uma premência pela continuidade do consumo. (Cami & Farré, 2003)



Um componente comum do quadro clínico desses usuários é a ocorrência de problemas com outras drogas e o maior risco de overdose. Os dependentes em geral são também dependentes de maconha, tabaco e álcool.

Crack

Há também grande impacto socioeconômico relacionado com a dependência do crack:

- Maior taxa de hospitalização
- Subemprego e desemprego
- Violência
- Vitimização
- Gastos com o sistema carcerário



Crack

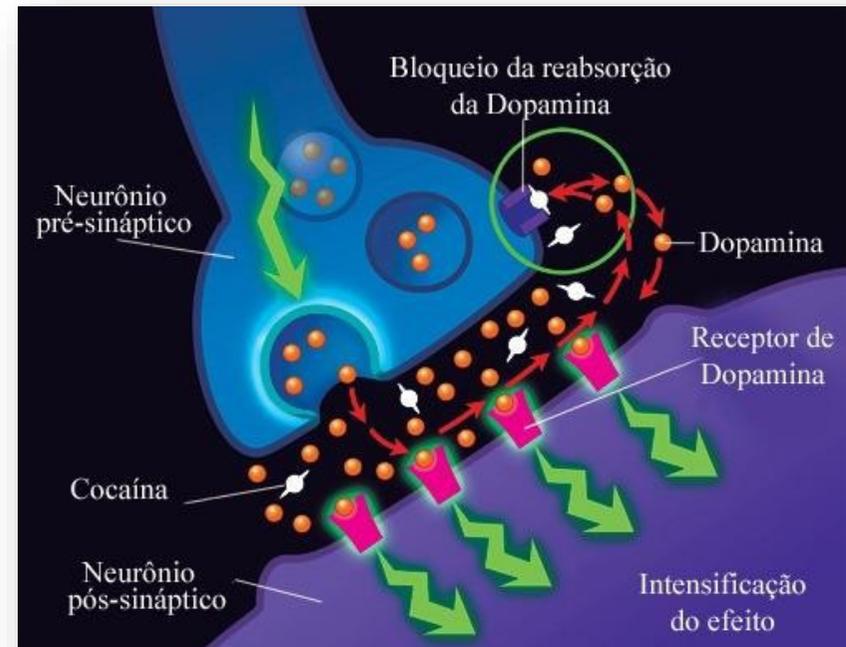
Somam-se a esses custos uma rede de custos menos perceptível, porém não menos importante:

- Estigma e isolamento social
- Perdas familiares
- Intenso sofrimento emocional



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 recaptação 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.

Ação no cérebro e restante do corpo

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 chegar à paranóia.

Ocorre ainda aumento do trabalho cardíaco (frequência cardíaca), hipertermia, sudorese, tremores, hiperventilação, miocárdio, língua e de mandíbula.

Complicações do uso mais comuns são convulsões, miocárdio, acidente vascular cerebral, parada respiratória.



Ação no cérebro e restante do corpo :

O uso prolongado leva à diminuição dos níveis de dopamina na sinapse. Com o uso crônico há redução do limiar de convulsibilidade. A associação desses dois fatores gera tolerância, persecutoriedade durante o consumo (“noia”), depressão de rebote após o uso (crash e sintomas depressivos) e fissura (craving).



Surgem em seguida sintomas de abstinência, caracterizados por ansiedade, irritabilidade, impulsividade, fissura, letargia e sintomas depressivos.

Síndrome de Abstinência

A síndrome de abstinência de cocaína é descrita como trifásica:

1) Crash: ocorre já na primeira hora após a cessação do consumo, podendo se alongar por 3 ou 4 dias, com piora importante do humor, hipersonia, esgotamento físico, sintomas depressivos e arrependimento pelo uso. O desejo pelo consumo pode se instaurar ainda nessa fase, em geral após os primeiros dias.



Síndrome de Abstinência

2) **Síndrome disfórica tardia:** a alteração do humor dura de 2 semanas até 3 a 4 meses, com volta do desejo pelo consumo, irritabilidade e alteração

afetiva, anedonia e apatia.

Surge o craving e conseqüentemente há maior risco de recaída.



Síndrome de Abstinência

3) Extinção: pode durar alguns meses ou anos. Há melhora da fissura pelo consumo, permanecendo a anedonia e dificuldades no planejamento e assertividade.

Nessa fase a fissura pode ser desencadeada por eventos específicos, tais como uso de álcool, contato com pistas ou “gatilhos” ambientais (como lugares em que costumava consumir a droga ou pessoas que estimulem o consumo) e situações de estresse, frustração ou euforia.

Essa fase tende a melhorar progressivamente caso não haja novos episódios de uso.



O Diagnóstico

No CID 10 (OMS):

F14 – Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso de cocaína. F14.0 - Intoxicação aguda

F14.1 - Uso nocivo

F14.2 - Síndrome de dependência F14.3 - Estado de abstinência

F14.4 - Estado de abstinência com delirium

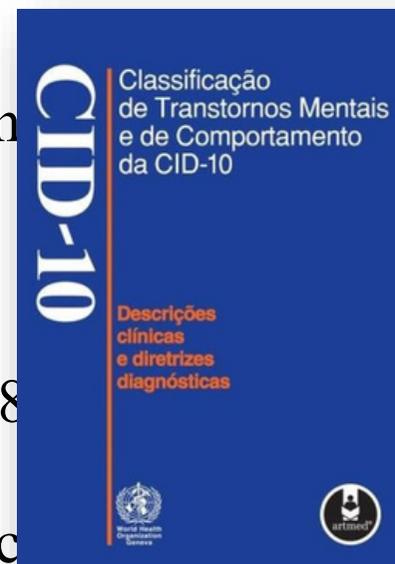
F14.5 - Transtorno psicótico

F14.6 - Síndrome amnésica

F14.7 - Transtorno psicótico residual e de início tardio F14.8

transtornos mentais e de comportamento

F14.9 - Transtorno mental e de comportamento não especificado



Tratamento

Deve ser interdisciplinar e multidimensional:

- o paciente apresentará necessidades múltiplas e o tratamento deve ser preparado para oferecer uma ampla gama de intervenções.

Déficits cognitivos constituem obstáculos comuns ao tratamento.

O uso compulsivo de álcool colabora de diversas maneiras para o insucesso do tratamento.

Medicamentos diversos têm demonstrado algum efeito no tratamento (ex: naltrexona, dissulfiram, ácido valpróico, modafinil e vigabatrina).



Tratamento

Sempre que um medicamento for utilizado para o tratamento da dependência de cocaína, algumas premissas devem ser respeitadas:

- Considerar o risco de recaída.
- Orientar o paciente sobre os efeitos colaterais possíveis e sobre como proceder nessa circunstância.
- Orientar pacientes e familiares quanto aos efeitos esperados.
- Contar com o risco de autoagressão e de consumo do medicamento em situação de recaída, mesmo que o paciente não manifeste ideação suicida.



Tratamento

Tratamento psicossocial Fatores comuns para uma intervenção psicoterapêutica efetiva:

- Aliança terapêutica suportiva
- Envolvimento em intervenção grupal
- Estratégias de psicoeducação
- Horários, regras e contratos bem delimitados e estruturados
- Intensidade e frequência adequados
- Combinação de estratégias individuais e grupais



Tratamento



A abordagem dos dependentes de cocaína e crack apresenta desafios ímpares no campo do tratamento das dependências.

Assim, requer do profissional e da equipe habilidades técnicas e disponibilidade emocional de tempo consideráveis.

Internações podem ser desejáveis ou imperativas, especial para lidar com casos em que o uso leve a prementes de sofrer agressões físicas, ou por risco de agressão a si mesmo ou terceiros.



Tratamento

O tratamento deve visar a uma reabilitação ampla, e não só à cessação do consumo de substâncias, sob pena de que, em uma postura que não contemple tal reinserção, o paciente permaneça exposto ao estilo de vida pregresso que o mantinha no consumo crônico da droga.



Bibliografia

Camí, J. and Farré, M. (2003) Drug addiction. *New England Journal of Medicine*, 349, 975- 986

Diehl, A; Cordeiro, D; Laranjeira, R. *Tratamentos Farmacológicos para Dependência Química da Evidência Científica à Prática Clínica*. 1ª ed. Artmed, 2010

Diehl, A; Cordeiro, D; Laranjeira, R. *Dependência Química: Tratamento e Políticas Públicas*.

2ª ed. Artmed, 2019

Dunn & Laranjeira, *Orientação Familiar para Dependentes Químicos: perfil, expectativas e estratégias*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 1999

Dunn J, Laranjeira R, Silveira DX, Formigoni MLOS, Ferri CP. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Subst Use Misuse* 1996; 31:519-27

Ferri CP, Dunn J, Gossop M, Laranjeira R. Factors associated with adverse reactions to cocaine among a sample of long-term, high-dose users in São Paulo, Brazil. *Addict Behav* 2004; 29:365-74.

Moore, D. P *The Little Black Book Series – Psiquiatria*. 1 ed. Tecmed, 2009

Ribeiro-Araújo M, Laranjeira R, Dunn J. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. *J Bras Psiquiatr* 1998; 47:497-511

Obrigado!

www.clinicajorgejaber.com.br

[Instagram clinicajorgejaber](https://www.instagram.com/clinicajorgejaber)