
ARTIGO DE REVISÃO

ESTUDO DOS IMPACTOS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA DE CRACK NA CONDIÇÃO FÍSICO FUNCIONAL

CRACK CHEMICAL DEPENDENCE IMPACT STUDY IN THE FUNCTIONAL PHYSICAL CONDITION

Renata Pizzolo Fontanella¹
Larissa Felcar Hill²
Willians Cassino Longen³

RESUMO

Introdução: Entre as drogas ilícitas, o uso do crack vem demonstrando crescimento em vários países, sendo que no Brasil já não se restringe aos centros urbanos, espalhando-se por todo território nacional. **Objetivo:** analisar os achados da literatura envolvendo o comprometimento da condição física e da funcionalidade em usuários de crack, visando sua melhor compreensão. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de bibliografia da literatura, realizada em bases de dados. As bases acessadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME); Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed. A busca pelos artigos se deu pelos descritores: Crack; Cocaína Crack; Drogas Ilícitas; Usuários de Drogas e em inglês Street Drugs; Crack-Cocaine; Drug Users, os quais estão cadastrados no sistema de Descritores em Ciências da Saúde - DeCS. A pesquisa envolveu artigos de revistas e periódicos, dissertações e teses, em português e inglês, com base de dados científicos e com anos de publicação entre 2005 e 2018. Os critérios de inclusão são artigos publicados na língua portuguesa e/ou inglesa, nos últimos 13 anos e relacionados ao tema proposto. **Conclusões:** Foi possível identificar, em relação ao sistema musculoesquelético, que pode haver hipotrofia, hiperreflexia, espasmos, convulsões, dor muscular, rbdomiólise e, em casos raros, a osteomalácia ou a coreoatetose. Os impactos funcionais destas alterações podem levar a alterações do equilíbrio, fraqueza, hiperatividade psicomotora, tremores, hiperatividade óculo motora, inquietação com deambulação excessiva alternada por períodos de depleção física extrema que leva à prostração.

Descritores: Crack. Cocaína-Crack. Drogas Ilícitas. Usuários de Drogas.

ABSTRACT

Introduction: among illicit drugs, the use of crack has been demonstrating growth in several countries, and in Brazil it is no longer restricted to urban centers, spreading throughout the country. **Objective:** analyze the findings of the literature involving the impairment of physical condition and functionality in crack users, aiming at their better comprehension. **Methods:** This is a bibliography review of the literature, conducted in databases available on the Internet. The databases accessed were: Virtual Health library (bireme); Scientific eletronic Library Online (SciELO), Latin American and

¹Biomédica pela Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma (SC). E-mail: rhill@gmail.com.

²Núcleo de promoção e atenção clínica à saúde do trabalhador, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma (SC). E-mail: larifelcar@hotmail.com.

³Grupo de Estudos e Pesquisa em Promoção da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde, Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma (SC). E-mail: wcl@unesc.net.



Caribbean Health Sciences Literature (LILACS) and PubMed. The search for articles will be through the following descriptors: Crack; Crack cocaine; illicit drugs; Drug users and in English Street drugs; Crack-Cocaine; Drug users who are registered in the Health Sciences Descriptors System-DeCS. The research involves articles from journals and journals, dissertations and theses, in Portuguese and English, based on scientific data and with years of publication between 2005 and 2018. The inclusion criteria were articles published in Portuguese and/or English language, in the last 13 years and related to the proposed theme. **Conclusion:** It was possible to identify in this review in relation to the musculoskeletal system that there may be hypotrophy, hyperreflexia, spasms, convulsions, muscular pain, rhabdomyolysis and in rare cases, osteomalacia or coreoathetosis. The functional impacts of these alterations may lead to changes in balance, weakness, psychomotor hyperactivity, tremor, motor-eye hyperactivity, restlessness with alternating excessive ambulation by periods of extreme physical depletion that leads to Prostration.

Keywords: Street Drugs. Crack-Cocaine. Drug Users.

INTRODUÇÃO

O consumo de crack no Brasil se tornou um problema de saúde pública sendo considerado atualmente uma epidemia¹. O crack no Brasil surgiu em meados 1988, sendo que em seguida em 1991 já era consumido nas ruas da região central de São Paulo, espalhando-se rapidamente para outras localidades². O crack tem esse nome devido ao barulho que faz ao ser queimado. É feito a partir da mistura de pasta de base da cocaína com água e bicarbonato de sódio que aquecida da origem a cristais conhecidos como pedra de crack³.

O uso da droga alastrou-se em decorrência da sensação em torno de efeitos percebidos como agradáveis, de fácil administração e baixo custo. Este vício representa um problema de saúde pública mundial pelas suas consequências aos usuários, famílias e comunidades. Carregando novos desafios, pois durante um período considerável, parte das práticas de enfrentamento e atenções governamentais até então estavam voltadas para os usuários de drogas injetáveis, devido ao aumento de doenças sexualmente transmissíveis. O crack é uma droga ilícita e é um subproduto da cocaína, um potente estimulador do sistema nervoso central que causa danos físicos, psicológicos e sociais⁴.

A cocaína já foi comercializada livremente por laboratório, no passado, enaltecida por suas qualidades medicinais. O Manual MERCK, um livro muito utilizado na área de saúde, em sua primeira edição no último quarto do século XIX, trazia a indicação de cocaína com a dosagem a ser utilizada para situações de cansaço e desânimo. A folha de coca tem sido usada milenarmente pelos povos andinos para reduzir a fadiga e o cansaço das longas jornadas de trabalho. Em nossa cultura, algumas pessoas fazem uso de cocaína para se manterem acordadas e atentas por mais tempo que o habitualmente suportável⁵.

O crack vem assumindo uma posição de destaque entre as drogas devido ao aumento no seu consumo à nível mundial. O número de pessoas da população brasileira que fazem uso de crack é



próximo ao número de consequências negativas decorrentes desse hábito, ocasionando uma maior procura por tratamento⁶.

As atitudes violentas desses usuários de drogas ilícitas são decorrentes de roubos, assaltos e a tráfico de drogas ilícitas, que representam problemas sociais que causam alterações específicas na condição de saúde como desnutrição, perda de peso, problemas neurológicos e comorbidades psiquiátricas, além das morbidades associadas fruto da combinação dos impactos do uso da droga. O vício em crack pode levar a violência doméstica pelas alucinações do uso da droga, furtos pela falta de recursos financeiros para comprar o crack, entre outros fatores de ordem social⁴.

Os indivíduos viciados em crack entram numa espiral em que os atos de usar a droga e procurar meios de usar novamente se alternam cada vez mais rapidamente. Tal efeito rápido e intenso não é exclusivo do uso de crack, sendo da mesma forma encontrado em usuários de cocaína injetável. Porém para o uso injetável há a necessidade de cocaína bastante pura, o que torna essa forma de uso muito mais cara do que o uso do crack, que é muito mais barato do que a cocaína. Em síntese pode-se considerar que o crack é uma forma mais barata de levar as moléculas de cocaína ao cérebro, uma forma com efeitos muito mais intensos e de ação rápida⁵.

A dependência se instala rapidamente e a fissura acontece de forma avassaladora, levando ao consumo compulsivo e destrutivo para sua própria saúde. A dependência leva o usuário a perder o senso de responsabilidade e de sobrevivência, impactando no sono, na fome, no respeito próprio, afeto, valores morais, fazendo com que o usuário passe a colocar a droga como prioridade primária em sua vida⁷. A estratégia de redução dos danos vem surtindo efeitos positivos, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida de muitos dependentes e a sua volta ao convívio familiar e social⁷.

Quando o crack é utilizado o tempo médio para que seus efeitos ocorram é rápido, levando em média de 6 a 8 segundos, sendo que a duração destes efeitos é de 5 a 10 minutos. Ao fumar o crack seu princípio ativo que é a cocaína é rapidamente absorvido pelos capilares pulmonares, seguindo para a corrente sanguínea, desencadeando seus efeitos psicofisiológicos⁸.

O uso do crack altera a recaptção de dopamina que é o neurotransmissor responsável pelo sistema de recompensa gerando a sensação de euforia e prazer, cansaço e seditação da fome causando insônia, levando o indivíduo a perder em um mês oito a dez quilos e a negligenciar os aspectos de higiene geral. Entre os impactos psicofisiológicos estão as complicações pulmonares frequentes, zumbidos, alterações de equilíbrio, alucinações auditivas, musculoesqueléticas e cutâneas. Além disso, potencializa outras condições de risco, como de contrair doenças sexualmente transmissíveis pelo aumento da vulnerabilidade, alto índice de mortalidade em curto espaço de tempo, em virtude de fatores externos como homicídios e a soro positividade sem tratamento adequado, maiores problemas



sociais, problemas com a justiça, alto índice de desemprego, ocorrência de condutas antissociais para a obtenção da droga, como furtos, assassinatos e roubos⁹.

O dependente de crack apresenta complicações na saúde como alterações psicológicas motoras e funcionais de vários órgãos, podem sofrer até a morte eminente por overdose ou por complicações sociais geradas por conflitos como com traficantes e no enfrentamento à polícia¹⁰. Além dos riscos e complicações, são comuns os comprometimentos físicos, como o emagrecimento intenso, depleção da condição musculoesquelética e hipotrofia musculoesquelética e da pele. Alguns dos fatores que contribuem para isto são: supressão do apetite, inquietação psicomotora, peregrinação que envolve longas caminhadas em busca de oportunidade por uso do crack nos momentos de fissura¹¹.

As abordagens a respeito das drogas ilícitas, em especial drogas como o crack envolvem fortemente as questões de saúde mental e qualidade de vida, as potenciais internações ou não, o acompanhamento ambulatorial, familiar e os desafios sociais inerentes. Tais aspectos são fundamentais e certamente sempre deverão estar envolvidos na lógica de atenuação dos danos individuais e coletivos envolvendo esta temática. Porém, são poucas as abordagens que denotam de forma mais detalhada o estudo voltado para os danos físico-funcionais do uso do crack.

MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão de bibliografia da literatura, realizada nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME); Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); PubMed. A busca pelos artigos se dará através dos seguintes descritores: Crack; Cocaína Crack; Drogas Ilícitas; Usuários de Drogas e em inglês Street Drugs; Crack Cocaine; Drug Users os quais estão cadastrados no sistema de Descritores em Ciências da Saúde - DeCS. A pesquisa envolverá artigos de revistas e periódicos, dissertações e teses, em português e inglês, com base de dados científicos e com anos de publicação entre 2005 e 2018.

Os critérios de inclusão foram artigos publicados na língua portuguesa e/ou inglesa, nos últimos 13 anos e relacionados ao tema proposto. Já os que não se enquadrarem nestes critérios foram excluídos. Desse modo, os artigos encontrados foram revisados a fim de identificar os que apresentam registros sobre o foco deste estudo que envolve a condição física e a funcionalidade em usuários de crack.

RESULTADOS



O Brasil é o maior mercado de uso do crack da América do Sul e do mundo em números absolutos com mais de 900.000 usuários. Antes de 1989 os dados epidemiológicos sequer destacam a utilização do crack¹².

O uso de crack atinge pessoas com faixas etárias cada vez mais precoces, alastrando-se pelo Brasil e por todas as classes sociais, demonstrando característica de facilidade de acesso. 47 O maior número de usuários encontra-se na faixa etária de 16 anos em diante. De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, 0,7% da população adulta relatava já ter feito uso de crack pelo menos uma vez na vida, o que significa um contingente de mais de 380 mil pessoas. O maior percentual foi encontrado entre homens, na faixa etária de 25 a 34 anos, constituindo 3,2% da população adulta⁵. Os usuários de crack no país em sua grande maioria são do sexo masculino¹³. O consumo da droga atinge, também, países desenvolvidos, com Estados Unidos e a Europa Ocidental¹⁴. Além disso, cresceu o uso desta no meio rural por trabalhadores agrícolas como pretensa estratégia para atenuar à percepção das péssimas condições de trabalho^{15,16}.

No ano de 2003 o consumo dessa substância foi responsável por 70% das internações relacionadas às drogas ilícitas¹⁷. Há carência de informações mais precisas a respeito do padrão do uso e de características do usuário de crack. Conhecer estes perfis possibilitaria melhores perspectivas para melhorar os dispositivos para o tratamento e para otimizar as estratégias e aparatos disponíveis no sistema de saúde¹⁸.

O crack tem a sua administração realizada através de cachimbo, com o qual o usuário inala a fumaça resultante da queima da pedra¹⁹. O pulmão representa um órgão forte e diretamente exposto aos produtos da queima, acarretando tosse com produção de escarro enegrecido, dor no peito com ou sem falta de ar, presença de sangue no escarro e piora de asma. O sintoma está presente em até 61% dos casos e a presença de sangue no escarro foi relatada em até 26% dos dependentes de crack. A secreção do escarro escura é característica e está associada à inalação de resíduos de carbono de materiais utilizados para acender o cachimbo com a droga⁵.

Em pouco tempo após a utilização o indivíduo passa a sentir fissura, que é a vontade incontrolável de voltar a sentir o efeito da droga, firmando uma compulsão avassaladora, podendo fazer com que o usuário fume de 20 a 30 pedras por dia. O padrão típico do uso de crack, intenso e repetitivo, que é chamado de binge, provocado pela essa fissura, pode estender-se durante dias até que o suprimento da droga seja interrompido por algum motivo. Esse ciclo de uso da droga com paradas abruptas no consumo está associado a sintomas caracterizados por mal-estar físico e psicológico²⁰.

A urgência pelo uso do crack e a falta de condições financeiras para suprir a grande demanda de consumo, colocam o usuário em situação de fragilidade submetendo-se a estratégias arriscadas para obter a drogas²¹. A dependência química caracteriza-se como uma doença crônica, multicausal,



responsável por consideráveis desorganizações individuais, familiares e sociais, favorecendo o desgaste familiar e a miséria de milhares de pessoas²².

A abstinência do crack pode ser caracterizada por três fases com suas características específicas: Fase I: Crash: que ocorre quando acontece uma drástica redução no humor e na energia, apresentando inquietação, ansiedade, irritabilidade, paranoia, instalando-se cerca de 5 a 10 minutos após cessado o uso. Por vezes esses sintomas induzem o dependente a usar a droga continuamente até a exaustão física e mental. Fase II: Síndrome Disfórica Tardia: os primeiros dias são demarcados por desgaste físico extremo, sendo que dorme muito, podendo ocorrer sonhos vívidos e desagradáveis, alternados por despertares para ingerir grandes quantidades de alimentos. Com a recuperação física, as alterações de humor ficam mais evidentes: inquietação, ansiedade, irritabilidade, sonhos vívidos e intensa vontade de usar o crack novamente. O pico da abstinência ocorre entre 2 a 4 dias, sendo que recaídas frequentes são observadas, como forma de tentar aliviar os sintomas disfóricos. Fase III: Extinção: os sintomas disfóricos diminuem ou cessam por completo e a fissura se torna menos frequente, sendo que as alterações do humor podem durar meses⁵.

Pelo caráter avassalador dos efeitos do uso, pode ocorrer o surgimento de sintomas físicos e neurológicos, destacando-se os tremores, espasmos, hiperatividade psicomotora, hiper-reflexia, hipertonia, podendo envolver até convulsões¹⁵. São apontados ainda reações como sudorese, elevação da temperatura corporal, dilatação das pupilas, aumento da atividade óculo motora^{5,23}.

As respostas musculoesqueléticas decorrentes da elevação da atividade motora, hiperatividade e peregrinação com deambulação frente em busca da oportunidade de usar a droga, associadas à má alimentação e falta de repouso adequado, mostram-se importantes neste contexto em usuários de crack. Em relação a estes aspectos envolvendo o sistema musculoesquelético, a concentração de Creatina Quinase (CK) tem sido utilizada como indicador de estresse imposto a musculatura esquelética em diferentes condições^{24,25,26,27}. A partir de 4 meses do uso da droga os sintomas musculares começam a aparecer. Com a normalização da CK há melhora dos sintomas musculares, que normalmente ocorrem de 3 a 30 dias após a retirada da droga^{28,29,30,31}. Para tratamento, identificar as causas da rabdomiólise e afastar o fator preponderante é fundamental para que se possa ter uma boa evolução^{31,32,33,34}. A hidratação é uma importante conduta no manejo destes pacientes^{35,36,37,38}.

Os efeitos físico-funcionais podem ser divididos em dois grupos específicos: os motores e os viscerais. Os efeitos motores consistem em contrações involuntárias, a exemplo da musculatura da face e hipercinesia musculoesquelética global e os efeitos viscerais consistem em protrusão do globo ocular que ocasiona em uma expressão de pânico ao usuário desta droga³⁹.

O comprometimento motor e seus impactos físico funcionais por vezes são maiores do que os relatados e percebidos pelos usuários, mas em função da alteração perceptiva da realidade e do seu



próprio estado psicofisiológico, o comprometimento do estado de saúde, qualidade de vida e alterações como um todo, tendem a ser subestimados pelo usuário⁴⁰.

Em relação aos problemas físicos mais específicos com desdobramentos funcionais que podem ocorrer devido ao uso excessivo de crack, além da rabdomiólise há o risco de desenvolvimento de osteomalácia, que causa danos osteomusculares sérios, gerando desconforto e dores pelo corpo^{39,40,41,42}. Um estudo recente publicou o caso de um paciente que apresentava movimentos de coreoatetose induzida pelo crack⁴³.

Tarefas psicomotoras corriqueiras de vida podem ser abandonadas em função dos impactos psicofisiológicos e funcionais do uso do crack, bem como, em decorrência de lesões musculoesqueléticas decorrentes de quedas, acidentes e agressões por desavenças com outros usuários durante o consumo⁴⁴.

Algo que merece ser destacado é a relação físico-funcional em função dos medicamentos utilizados no tratamento clínico desses ex-usuários. Geralmente são utilizados os anticonvulsivos topiramato, o pergolide e os calmantes ansiolíticos benzodiazepínicos: diazepam, bromazepam, clobazam, clorazepam, estazolam, flurazepam, flunitrazepam, lorazepam, nitrazepam. Um dos principais efeitos destes medicamentos é o relaxamento muscular. O tratamento medicamentoso empregado no tratamento clínico pode ter influenciado os resultados na avaliação de força muscular da pesquisa, com tendência de redução dos seus potenciais reais^{45,46}.

DISCUSSÃO

Ficou patente nesta revisão que o crack é uma droga com grande inserção na sociedade brasileira, tendo iniciado entre o final da década de 80 e início de 90, em um momento em que as políticas governamentais e de saúde pública estavam bastante voltadas para as drogas injetáveis^{1,4,47,48}. O uso está disseminado nas diferentes regiões do país e não apenas restrito aos centros urbanos, tendo chegado também ao meio rural^{14,15,49}. O abuso de substâncias acomete negativamente a qualidade de vida emocional, social, física dos indivíduos^{46,50}.

Este estudo de revisão evidenciou que o crack é uma droga de ação praticamente imediata, com efeitos de curta duração, que coloca o sujeito viciado em um ciclo vicioso de consumo/efeito/busca que gera impactos diretos para a saúde e, conseqüentemente, para sua condição psicofisiológica, bem como, riscos indiretos e degradação das relações sociais. A velocidade com que atinge a corrente sanguínea, causando intensa sensação de prazer e euforia, motiva a busca por novo episódio de consumo. É uma droga que causa dependência em seus consumidores, após o uso da



primeira pedra. Quando inalado, direciona-se rapidamente ao pulmão e cérebro e seu efeito é muito rápido. Em pouco tempo o indivíduo tende a ter a fissura na vontade incontrolável de usar a droga^{14,20}.

O crack é uma droga do sistema nervoso central que causa efeitos tóxicos e pode sofrer diversas alterações no organismo. Ele provoca estado de vigília, palpitação, midríase e aumento das concentrações musculares esses sintomas estão relacionados a inibição da recepção de norepinefrina dopamina e serotonina^{48,49}.

Quando há uso contínuo, os usuários apresentam três condições específicas: insônia, emagrecimento e risco de overdose. Esse tema trata de uma temática muito complexa e que precisa de muito estudo para melhor compreensão das suas características não apenas de impacto clínico de uso e efeitos mais sim o contexto psicossocial que envolve os usuários e as coletividades. Os usuários perdem a fome em função do ciclo vicioso de uso do crack. Há alteração no metabolismo, ocorrendo degradação da musculatura, assim perdendo força e equilíbrio, por vezes tendo dificuldade até para manter-se em pé⁵.

A potencialidade de alterações físicas sobre órgãos e sistemas encontradas nesta revisão evidenciam impactos multisistêmicos. No aparelho musculoesquelético há tendência de redução do trofismo muscular, fraqueza, tremores, hipertonia, mioclonia, espasmos e de forma mais rara a coreoatetose⁴³. Os problemas físicos mostram-se bastante associados à quantidade de crack fumado, com isso, existe o risco desses usuários terem osteomalácia³⁵.

Além dos efeitos indiretos, o trauma direto com potencialidade de severos impactos de morbidade e até mortalidade é evidenciado em decorrência do uso do crack. Um estudo com 453 traumatizados em assistência hospitalar, através da aplicação de suas escalas específicas, a Revised Trauma Score e a Injury Severity Score encontrou maior severidade em sequelas detraumas em usuários de crack³².

Os impactos funcionais de tais acometimentos somam-se às demais alterações psicofisiológicas gerando alterações em funções como o equilíbrio, a coordenação, a execução das atividades de vida diária e de vida pessoal com condição plena das capacidades, contribuindo para um ciclo vicioso de dependência da droga e redução do autocuidado, envolvendo a higiene pessoal, a proteção à exposição à riscos à saúde e à integridade física, o que aumenta a vulnerabilidade do usuário de crack³⁵.

Tanto o uso como a abstinência do crack podem expor o indivíduo à riscos decorrentes das respostas psicofisiológicas dos efeitos ou da ausência da droga como potencializar o risco à danos secundários decorrentes da vulnerabilidade física e mental do dependente. Quando ocorre a fissura eles podem mostrar-se irritadiços e violentos, cometendo furtos junto aos seus próprios familiares ou comunidade, além de perderem o emprego, sendo que comunidade e família sofrem com isso⁵.



Durante a internação na clínica os usuários tiveram uma melhora no quadro de força muscular e na qualidade de vida. Os sintomas passam a reduzir a partir do momento que esses usuários realizam um adequado tratamento e acompanhamento³⁵.

Percebe-se que as drogas influenciam de forma desagregadora no ambiente familiar. Nota-se, em alguns estudos, que familiares se referem ao usuário de maneira depreciativa, que ocorre pela relação conturbada entre os componentes da família⁴.

A família é a primeira base para a entrada na sociedade. Este núcleo, o familiar, é também o primeiro a sentir as consequências que a droga causa ao indivíduo que desenvolve o vício. Mas o que se espera da família é o cuidado, a proteção, o aprendizado dos afetos, a construção de identidades, vínculos afetivos tendo uma melhor qualidade de vida a todos os membros e inclusão social. O apoio da família é fundamental no processo de recuperação dos usuários e contribui muito no tratamento e na melhora do quadro³³.

O Governo Federal brasileiro convergiu esforços e lançou, em dezembro de 2011, o Programa “Crack, é possível vencer”⁴⁰. Este programa indicou a implementação de ações para a abordagem do tema de forma intersetorial. O programa carrega a lógica de que somente uma organização em rede tenha capacidade de fazer frente à complexidade das demandas sociais e fortalecer a rede comunitária. Nesta lógica a estruturação do programa envolve três eixos que propõem ações específicas e complementares, quais sejam a prevenção, o cuidado e a autoridade⁴⁰. Nesse sentido, visa alcançar a prevenção por meio da educação, disseminação de informações e capacitação dos diferentes segmentos sociais de forma direta ou indireta, desenvolvendo ações preventivas relacionadas ao tema, envolvendo profissionais tais como: educadores, profissionais de saúde, de assistência social, segurança pública, conselheiros municipais, líderes comunitários e religiosos. Da mesma forma, busca o cuidado buscando aumentar a oferta de ações de atenção aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares, por meio da ampliação dos serviços especializados de saúde e assistência social, como os Consultórios na Rua, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), as Unidades de Acolhimento adulto e infante juvenil, Centros de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), leitos de saúde mental em hospitais gerais, entre outros. Objetiva ainda fortalecer a autoridade visando enfrentar o tráfico de drogas e as organizações criminosas através de ações de inteligência entre a Polícia Federal e as Polícias Estaduais.

O programa prevê uma atuação articulada intersetorial e descentralizada entre Governo Federal, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de contar com a participação da sociedade civil e diversas universidades, sempre com o monitoramento intensivo das ações. Compõem a equipe responsável pelas ações do Programa os Ministérios da Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Educação, além da Secretaria de Direitos Humanos e a Casa Civil da Presidência da



República⁴⁰. No âmbito local, foram criados comitês gestores estaduais e municipais, com o objetivo de coordenar e monitorar o andamento de todas as ações realizadas. A atenção à legislação associada às orientações das políticas e programas contribui para o fortalecimento de uma rede de atenção às questões relativas ao uso de substâncias psicoativas numa perspectiva inclusiva, humanista e não estigmatizante do usuário e seus familiares⁵.

CONCLUSÃO

Foi possível identificar nesta revisão que as principais alterações físicas decorrentes do uso do crack podem envolver alterações em vários órgãos e sistemas, a exemplo do respiratório, circulatório e Sistema Nervoso Central (SNC). Em relação ao sistema musculoesquelético pode haver hipotrofia, hiperreflexia, espasmos, convulsões, dor muscular, rabdomiólise e em casos raros a osteomalácia ou a coreoatetose. Os impactos funcionais destas alterações podem levar a alterações do equilíbrio, fraqueza, hiperatividade psicomotora, tremores, hiperatividade óculo motora, inquietação com deambulação excessiva alternada por períodos de depleção física extrema que leva à prostração. Tais alterações físicas e funcionais exercem impactos nas Atividades de Vida Diária (AVD's) e nas Atividades de Vida Pessoal (AVP's) dos dependentes do crack. Chama a atenção este importante problema de saúde pública que demanda ser conhecido em todos seus mecanismos, consequências e impactos para melhor atenção por parte dos órgãos governamentais e dos profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

1. Pulcherio G, Stolf A R, Pettenon M; Fensterseife DP; Kessle F. Crack – da pedra ao tratamento. Revista da AMRIGS.p. 337-343,2010.
2. Raupp L, Adorno R de CF. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). Ciênc. saúde coletiva . vol.16, n.5, pp.26-13.2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500031>.
3. Pedrosa S ,Reis, ML, Gontijo DT, Teles AS, Medeiros,M. A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. Rev Bras Enferm.p.956-63,2016.
4. Bassan L, Vasconcelos J, Dalcin CB, Cáceres K,Gehlen M H, Backes DST. Impacto do uso do crack nas relações familiares: revisão narrativa. Disciplinarum Scientia. Série: Ciências da Saúde.p. 11-21,2016.
5. SUPERA. Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, internação breve, reinserção social e acompanhamento. 9ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. 146p.



6. Pedrosa S ,Reis, ML, Gontijo DT, Teles AS, Medeiros,M. A trajetória da dependência do crack: percepções de pessoas em tratamento. *Rev Bras Enferm.*p.956-63,2016.
7. Ridolphi F P, Santos RM S. Compreendendo a fissura por crack para adoção de estratégias de enfrentamento em programas de tratamento de redução de danos.2012.
8. Castro R A, Ruas RN, Abreu RC, Rocha RB, Ferreira R de F, Lasmar RC,Amaral AS, Xavier AJD. Crack: farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos clínicos e tóxicos. *Rev Med Minas Gerais.*p. 253-259,2015.
9. Freire SD, Santos P L, Bortolin M, Moraes JFD, Oliveira M da S. Intensidade de uso de crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/Brasil. *J Bras Psiquiatr.* 2012.
10. GABATZ, Ruth Irmgard Bartschi et al. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. *Esc. Anna Nery* 2013, vol.17, n.3, pp.520-525. 2013.
11. Ribeiro L A, Sanchez ZM,Nappo SA. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *J. bras. Psiquiatr.* vol.59, n.3, p.210-218.2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300007>.
12. Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada,NC. Abuso e dependência: crack. *Rev Assoc Med Bras.*p. 141-153,2012.
13. Sousa P F et al. Chemical dependents in treatment: a study about the motivation to change. *Temas psicol.* vol.21, n.1, pp. 259-268. 2013.
14. Silva MIG, Cito MCO, Vasconcelos PF, Vasconcelos SMM, Souza FCF. Cocaína: história, ações neurobiológicas do vício e recaída e perspectivas terapêuticas. *Acta Med Portuguesa.*p. 247-58. 2010.
15. Pereira MO, Vargas D e Oliveira MAF de. Reflection on the policy of the brazilian ministry of health for the care of alcohol and other drugs users under the view of the Sociology of Absences and Emergencies. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* vol. 8, n.1, pp. 9-16. 2012
16. Raup LM, Adorno RCF. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. *Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade,* n.52-67, 2011.
17. Carvalho M R da S et al. Motivações e repercussões do consumo de crack: o discurso coletivo de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Esc. Anna Nery* vol.21, n.3, 20160178. Epub 2017.
18. Botti NCL.Perfil sociodemografico e padrão de uso de crack entre usuários em tratamento no centro de atenção psicossocial.*Psicologia Social.*v.14.n.1, 2014.
19. Oliveira LM, Mascarenhas CH, Melo NS. Qualidade de vida e independência funcional de usuários de drogas atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). *Revista Brasileira de Qualidade de Vida.* v. 6, n. 4, p. 232-240, out-dez, 2014.
20. Chaves T V,Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo S A. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev. Saúde Pública* . vol.45, n.6, pp.1168-1175. Epub Sep 02, 2011.



21. ACZ F. Motivações de dependentes químicos para o tratamento: percepção de familiares. revista brasileira de enfermagem. p. 474-480, 2015.
22. Gazoni FM et al. Complicações cardiovasculares em usuário de cocaína: relato de caso. Rev. bras. ter. intensiva .2006, vol.18, n.4, pp.427-432. 2006.
23. Coelho LRM. Estratégias e Habilidades de Enfrentamento de Usuários de Crack em Tratamento. Revista de Psicologia da IMED.p. 99-109, 2015.
24. Cabral GG. Insuficiência renal aguda devido à rbdomiólise. Acta Biomédica Brasiliensia. Minas Gerais, vol.3, n.42, 2012.
25. Rosa NG, Silva G, Teixeira A, Araujo JA. RABDOMIÓLISE. Acta Méd Port.p. 271-282.2005.
26. Lopes GC, Costa PL. Rbdomiolise induzida por exercício: biomarcadores, mecanismos fisiológicos propriedades terapêuticas. REV HOSPITAL ERNESTO.v. 12, n. 4, 2013.
27. Uchoa RB, Fernandes CR. Rbdomiólise induzida por exercício e risco de hipertermia maligna: relato de caso. Rev. Bras. Anesthesiol., Campinas , v. 53, n. 1, p. 63-68, Feb. 2003.
28. Abreu CF. Drogas e criminalidade: como o tráfico de entorpecentes influencia na violência e políticas criminais para melhorar esta realidade. p.8-40, 2016.
29. Martelli A. Aspectos Clínicos e Fisiopatológicos da Rbdomiólise após Esforço Físico Intenso. Biol & Saúde, Campos dos Goytacazes, v.4, n.2, p.13-22, 2014.
30. Rossi LF. Rbdomiólise induzida por esforço físico intenso com altos níveis de creatinoquinase. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, n. 272, p.271, 2009.
31. Gama MPR. Rbdomiólise Devido ao Uso de Estatina em Altas Doses: Relato de Caso. Arq Bras Endocrinol Metab. Curitiba, v.49, n.66-608, Agosto, 2005.
32. Magalhães MEC. Mecanismos de rbdomiólise com as estatinas. Arq. Bras. Cardiol, São Paulo , v. 85, supl. 5, p. 42-44, Oct. 2005.
33. Mattos AAQ. O uso do crack e as estratégias de redução de danos. p.18-21, 2015.
34. Ferreira KF, Ribeiro SC, Barreto LGC. O prazer do crack Capa. V1. 2012.
35. Dualibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, p.545-S557, 2008.
36. Pottiger AE, Tressell PA, Surratt HL, Inciardi JA, Chitwood DD. Padrões de consumo de adultos usuários de crack em rua contra amostras de tratamento residencial. J Drogas Psicoativas. p.27-38. 2005.
37. Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. Cad. Saúde Pública. p.2263-2270. 2011.
38. Costa SHM, Vettorazz, J, Cecin GKG, Maluf JMRA, Stumpf CC, Ramos JGL. Crack: a nova epidemia obstétrica. Rev HCPA. p.31-33, 2013.



39. Hueza HM, Ponce F, Garcia RC, Marcourakis T, Yonamine M, Montovani CC, Kirsten TB. A New Exposure Model to Evaluate Smoked Illicit Drugs in Rodents: A Study of Crack Cocaine. *J. Pharmacol Toxicol Methods*. 2015. Sep. 25;77 17-23.
40. Brasil. MS. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
41. Oliveira LM, Mascarenhas CH, Melo NS. Qualidade de vida e independência funcional de usuários de drogas atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*. v. 6, n. 4, p. 232-240, out-dez, 2014.
42. Horta RL, Horta BL, Rosset AP, Horta CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, 2011;27(11):2263-2270.
43. Agostini CM, Rodrigues VS, Guimarães AC, Damázio LCM, Vasconcelos NN. Análise do desempenho motor e do equilíbrio corporal de idosos ativos com hipertensão arterial e diabetes tipo 2. *Rev. Aten. Saúde*. v. 16, n. 55. p. 29-3, 2018.
44. Silva AB da et al. Caring for crack users: strategies and work practices in the territory. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2016, vol.37. Epub . 2016.
45. Miguel AQC, Madruga CS, Cogo-Moreira H, Yamauchi R, Simões V, Da Silva CJ, Abdalla RR, McDonell M, McPherson S, Roll JM, Mari JJ, Laranjeira RR. Sociodemographic Characteristics, Patterns of Crack Use, Concomitant Substance Use Disorders, and Psychiatric Symptomatology in Treatment-Seeking Crack-Dependent Individuals in Brazil. *J Psychoactive Drugs*.p.367-372. 2018.
46. Hess ARB, Silva RA, Almeida RMM. Impacto do uso de Crack nas funções executivas: uma revisão sistemática. *Revista Neuropsicologia Latinoamericana*.v.9.n.3.p.23-34,2017.
47. Paula ML, Jorge MSB, Albuquerque RA, Queiroz L M. Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. *Saude soc*. vol.23. p.104-129, 2014.
48. Carlini EA, Galduróz JCF, Nato AR, Nappo AS. Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País – 2001. p. 15-317, 2002.
49. Rodrigues V S et al. Revisão sistemática sobre tratamentos psicológicos para problemas relacionados ao crack. *J. bras. psiquiatr*. 2013, vol.62, n.3, pp.208-216.
50. Escobar JAC, Ferreira MAC, Silva VM, Silva LGB, Vianna JFA, Barbosa JCT. A Maconha como estratégia de redução de danos frente à fissura de crack: uma revisão. *HumanÆ*. v. 12, n. 2, 2018.