



A COCAÍNA E AS SUAS FORMAS DE CONSUMO

Professora Dra. Irene Batista Muakad¹

Professora da Faculdade de Direito - UPM

Segundo uma lenda, os deuses são responsabilizados pelo aparecimento da cocaína. Conta a lenda que, na cordilheira dos Andes, o Deus “Junu”, senhor do trovão, do raio e da neve, ficou irritado com os “Yungas”, pelo fato de terem posto fogo na floresta e, por isso, decidiu castigá-los. Baniu-os das margens do rio Titicaca, entre o Peru e a Bolívia, e lhes cortou as fontes de alimentos, condenando-os a uma vida errante e aos tormentos da fome e da sede. Os Yungas, então, descobriram as virtudes da folha da coca, que lhes dava forças e permitia voltarem à cidade de origem, sem sentirem os efeitos da falta de ar na travessia dos Andes. Muito antes da conquista espanhola, os indígenas do Peru mastigavam as folhas da coca para obter mais energia, afastar o cansaço e mitigar a fome e a sede. Contudo seu consumo era rigorosamente controlado. Além dos rituais religiosos, os únicos que podiam mascar as folhas eram os mensageiros, obrigados a correrem a pé enormes distâncias, respirando o ar rarefeito da cordilheira. Os espanhóis, entretanto, generalizaram esse hábito ao distribuir coca aos nativos submetidos ao trabalho forçado nas minas.

BREVE HISTÓRICO

Segundo Chaloul, as drogas em geral podem ser divididas, de acordo com a sua atuação no sistema nervoso central, em depressoras, estimulantes e perturbadoras. **(Silveira, Dartiu Xavier in Reflexões sobre a Intoxicação Canábica. Irene Batista Muakad).**

Drogas depressoras são aquelas que diminuem a atividade cerebral, isto é o cérebro passa a trabalhar lentamente. Como exemplo temos os:

- ✓ Soníferos ou hipnóticos (remédios para dormir): barbitúricos;
- ✓ Tranquilizantes ou ansiolíticos (acalmam, inibem a ansiedade);
- ✓ Álcool;
- ✓ Opiáceos ou narcóticos (aliviam a dor e provocam sonolência): morfina, heroína, Codeína (em xarope para tosse);
- ✓ Inalantes ou solventes: cola de sapateiro, removedores, tintas.

As drogas estimulantes são aquelas que aumentam a atividade cerebral, ou seja, o cérebro é estimulado a funcionar de maneira acelerada. Podem ser citados:

Anorexígenos (moderadores de apetite):

- ✓ Anfetaminas;
- ✓ Cafeína;
- ✓ Tabaco;
- ✓ Cocaína, crack, merla.

As drogas perturbadoras ou alucinógenas são as que fazem com que o cérebro passe a funcionar fora do normal. São drogas que alteram a percepção, sendo que o cérebro passa a trabalhar de forma desordenada, numa espécie de delírio. Dentre essas drogas podem ser citadas:

- ✓ THC (encontrado na maconha);
- ✓ Mescalina (encontrada no cacto mexicano);
- ✓ Psilosibina (encontrada em determinados cogumelos);
- ✓ Lírio (trombeteira, zabumba ou saia branca);
- ✓ LSD;
- ✓ Êxtase;
- ✓ Anticolinérgicos (artane, bentyl).

Apesar de uma classificação de drogas quanto ao seu efeito, é de se esclarecer que a ação tóxica depende não só do tipo de droga utilizada como também a via de administração, da quantidade ingerida, do tempo e da frequência de uso, da qualidade da droga, da absorção e da eliminação pelo organismo, da associação com outras drogas, do contexto social e das condições psicológicas e físicas de cada pessoa. Assim sendo, fica muito difícil delimitar quais serão os efeitos de cada droga para cada usuário, pois tais efeitos no organismo humano dependem de fatores psicossociais, genéticos e neurofarmacológicos.

No presente estudo abordaremos a cocaína, droga estimulante, que apresenta algumas formas de consumo, isto é como chá, inalada como pó, diluída em injeção e fumada, sendo, nesta última forma denominada crack e merla.

Desde os tempos mais remotos, na região andina, envolto em lendas, floresce o arbusto *Khoka*, a planta divina, utilizada nas cerimônias religiosas e nos sacrifícios ao deus sol.

Seu valor cultural e mitológico explica o costume de aplicar a folha no cordão umbilical do recém-nascido para que após a mumificação, que era acelerada pelas folhas, fosse, o mesmo enterrado juntamente com as folhas, como um talismã para dar sorte àquele indivíduo por toda vida.

De *Macchu-Yunga*, do antigo alto Peru, hoje Bolívia, a coca foi disseminada pelos nativos até a América Central, as Antilhas e zona ocidental da América do Sul. Os *Aruacs* ensinaram aos *chibchas* o emprego da coca, e na sua migração pelos Andes, difundiram o costume de mascar as folhas dessa planta. Esses nativos perceberam que mascar essas folhas misturadas com alguns vegetais, dava estímulo e afastava a sensação de fome criando uma disposição para as longas caminhadas, além de produzir insensibilidade à dor quando aplicada em partes do corpo (MAGNO, 2003, p.5).

Evidências arqueológicas demonstram que os índios peruanos utilizavam substâncias à base de cocaína, mascarando folhas antes de 3000 a.C. Até hoje se discute se, ingerida desta maneira, a coca induz ou não à dependência e tolerância e se os nativos dos Andes são ou não viciados.

O seu nome científico vem da planta *Erythroxylon Coca*, sendo conhecida desde 500 a.C. O nome coca também deriva do Inca *Cuca*, ou do *Ayamaran Khoka*, significando árvore, que é cultivada de forma autorizada, primordialmente no Peru e Bolívia devido a influência climática (numa temperatura de 15 a 20°C), entre 2600 a 2800 metros acima do nível do mar e graças a acidez do solo. As reações geradas pelo hábito de mascar essas folhas foram difundidas de geração a geração chegando até os dias atuais (CEBRID).

A planta de coca é germinada e desenvolvida em sementeiras e depois de alguns meses é transferida para a plantação direta. O pé de coca é um arbusto resistente a pragas, de 1 a 3 metros de altura mais ou menos, menor, portanto, que o pé de café, com flores brancas e frutos carnosos roxos. As folhas são ovais, de uns 6 centímetros de comprimento por 3 centímetros de largura, contendo várias substâncias aromáticas e uma resina perfumada. Após um ano e meio do plantio começa a produzir, sendo capaz de dar várias colheitas no ano, podendo ficar ativo economicamente por quase trinta anos.

As folhas são transportadas para depósitos próximos às plantações, onde são guardadas em barracões grandes, fechados, com piso de terra batida, para conservar a umidade do solo e evitar que o calor possa decompor alguns dos seus alcalóides –qualquer das substâncias de um extenso grupo encontrado nos vegetais, em geral nitrogenados, heterocíclicos, básicos, com pronunciada ação fisiológica sobre os animais (FERREIRA, 2009). Depois, as folhas são mexidas e levadas para fora, onde são colocadas em terreiros cimentados, em camadas de 15 a 20 cm, para irem secando ao sol aos poucos, evitando-se o calor elevado, que produz a decomposição dos alcalóides e a perda da cocaína. Após a

secagem, as folhas são recolhidas e acondicionadas em fardos ou em tambores de 25 a 150 quilos.

Duas espécies dominam o mercado: a *huanaco*, coca boliviana de folhas ovais e coloração marron-esverdeada, e a coca peruana, de folhas bem menores de cor verde-clara, que possui muito mais alcalóide do que as plantas provenientes da Bolívia.

Na Bolívia, os arbustos de coca são cultivados legalmente nas regiões de Yungas, no departamento de La Paz, e de Chapare, no departamento de Cochabamba. De Yungas e de Chepare, como de Yapacani, a folha de coca é transportada através de toda a Bolívia, sem nenhuma restrição ou controle, a não ser o pagamento de impostos nas alfândegas agrícolas, na ocasião em que é tirada do centro de produção e, o transporte das folhas de coca se destina à fabricação clandestina de cocaína ou à mastigação pelos camponeses da região.

No Peru, a plantação de coca é controlada e o governo tem procurado substituí-la por outras culturas também rentáveis, a exemplo da quina.

Na Argentina, as folhas são contrabandeadas por Villazón e Bernejo.

No século XVI, os conquistadores espanhóis levaram ao velho mundo as notícias sobre as propriedades dessas folhas e como não poderia deixar de ser difundiu-se pelo mundo o interesse por essa planta.

Em 1857, Karl Von Scherzer levou do Peru para Viena, várias amostras de folhas de coca entregando-as para que o químico alemão Friedrich Wöhler as analisasse. Três anos depois Albert Niemann isolou o principal alcalóide dessa folha, dando-lhe o nome de cocaína, observando que o mesmo tinha um sabor amargo e entorpecia a língua. Esse poderoso alcalóide atraiu o interesse da comunidade científica, seduzida pela possibilidade de estar diante de uma substância com propriedades medicinais invejáveis, sendo possível o sonho de melhorar ou curar males tidos como incuráveis. Surgia assim, o primeiro anestésico tópico utilizado

em medicina. Em 1862 W. Lossen determinou a fórmula bruta de cocaína e, em 1884, Sigmund Freud, que a usava e a indicava para as pessoas, publicou um artigo sobre a cocaína, enaltecendo sua aplicação desde a depressão até cólicas, demonstrando, ainda, a possibilidade de seu uso como anestésico local. Karl Köller, baseado nesse artigo fez algumas experiências e no mesmo ano descobriu que, usada na córnea do olho, a cocaína provocava uma anestesia tão intensa capaz de permitir uma cirurgia naquele órgão. Foi então introduzida como anestésico em oftalmologia o mesmo ocorrendo na área da odontologia, sendo também comprovado o seu valor no campo da cirurgia geral. Na forma de anestésico a cocaína foi utilizada por muito tempo na Europa e Estados Unidos, permitindo-se também, o preparo de remédios, a fabricação de cigarros, de gomas de mascar, de doces e bebidas estimulantes, embora nem sempre isso fosse declarado em rótulos e bulas. **(Drogas Caminho Sem Volta. Expediente. Empresa Jornalística Inter Ltda. Edição nº 11 - DENARC.- DIPE)**

O nome do refrigerante mais popular do planeta não é uma coincidência. Inventada a coca-cola nos Estados Unidos da América do Norte, principal mercado de folhas de coca como aromatizante não narcótico, tinha ela, de fato, cocaína em sua fórmula original e seu êxito inicial, decorreu principalmente do efeito estimulante provocado pelo refrigerante. O uso de folhas de coca, como aromatizante em bebidas, surgiu após os resultados das experiências do Dr. J.S.Pemberton. Depois de alguns anos de pesquisa o Dr. Tim Robinson, amigo do Dr. Pemberton inventou a marca coca-cola em 1886 como um remédio supremo, “a pausa que refresca”.

Durante muitos anos as folhas foram usadas, experimentalmente, em bebidas e refrigerantes sendo, posteriormente, tal prática abolida, passando a ser utilizada somente as folhas descocainizadas sob supervisão do governo.

Essa prática prosseguiu até o advento da lei do alimento inalterado e leis de farmácia, nos Estados Unidos, em 1906. Com o Ato de Narcótico de Harrison, em 1914, a cocaína, a morfina e outros narcóticos foram classificados como drogas perigosas, restringindo-se seu uso apenas como anestésico tópico. **(Drogas: Atualização em Prevenção e Tratamento. Arthur Guerra de Andrade, Sérgio Nicastrí e Eva Tongue. GREA . ICAA)** Depois, com o desenvolvimento da indústria farmacêutica e com o advento de novos fármacos a cocaína para fins anestésicos foi substituída pelos derivados sintéticos do tipo procaína, novocaína, xilocaína, lidocaína e outros, não tendo mais a cocaína, indicação clínica, tendo em vista também que ela, como anestésico local, provocava efeitos colaterais sérios como danos na córnea.

É de se apontar que também na Europa foram utilizadas as folhas de coca como aromatizante de refrigerantes e bebidas alcoólicas, o “vin mariani” foi muito famoso, surgindo no lugar da coca-cola, que não era conhecida na Europa a pepsi-cola, bebida feita com pepsina e cola. Enquanto a coca-cola agia como um estimulante geral, a pepsi-cola estimulava o sistema digestivo.

Apesar das pesquisas demonstrarem os efeitos maléficos da coca, continua a mesma sendo cultivada no Peru, Bolívia, Equador, Colômbia, Chile, Argentina, em Java (Indonésia), na Ilha Formosa (China), no Sri Lanka (Sul da Índia), em algumas regiões do continente africano e no Brasil na Amazônia onde é denominada pelos índios epadú.

O Brasil, Rio Branco e Porto Velho são centros de recebimento, produção e exportação clandestina de cocaína. Na Amazônia os índios plantam a coca, vendem as folhas secas e a pasta para traficantes nacionais e internacionais que, em laboratórios clandestinos, preparam a pasta de coca, ou o pó, ou melado, conforme o material que é recebido, nas localidades de Miru e Miraflores, na Colômbia, a poucos quilômetros da fronteira com o Brasil.

Essas plantações clandestinas são feitas por índios, em regiões de difícil acesso próximas dos rios Içanã, Tiquié e Papuri. A exploração da droga, desde a colheita de suas folhas ao refino da pasta dela obtida, constitui uma febre na região e o tráfico ilegal se desenvolve não só através da Bolívia, mas ainda pelos afluentes do Amazonas e do Orenoco, representando um esteio da renda dos camponeses que habitam as regiões próximas da Cordilheira dos Andes até a planície amazônica.

Seu uso, como droga, data de muito tempo. Segundo o CEBRID epidemias de uso como estamos vendo na atualidade já tivemos há cerca de 60 a 70 anos atrás. É bem verdade que houve um declínio em sua utilização em razão do aparecimento das anfetaminas que eram mais baratas, no entanto, na década de 70, os efeitos nocivos das anfetaminas acabaram por reabilitar a cocaína. Associada à ambição e ao dinamismo, ela se tornou a droga típica dos anos 80, passando a ser aspirada com voracidade por jovens e executivos pressionados pela competição dos negócios, os yuppies. A oferta de pó pelos anfitriões em festas era um sinal de exibicionismo de novos ricos. A cocaína era uma droga cara e seu uso era considerado “um vício elegante”. Perdeu, no entanto, esse caráter de símbolo de riqueza e de sofisticação devido à multiplicação dos casos de overdose. Apesar disso, a ONU registrou em 1997 que o número de usuários era o dobro de 1984.

EXTRAÇÃO DA COCAÍNA

Como já expusemos anteriormente, foi isolado, por um químico alemão, um alcalóide das folhas de coca que recebeu o nome de cocaína. A extração e o refino da coca é uma operação complexa e há vários processos, uns mais simples outros mais sofisticados, sempre com o objetivo da obtenção do sulfato e do cloridrato de cocaína.

A técnica empregada pelos laboratórios clandestinos consiste em colocar 150 quilos de folhas secas de coca num buraco aberto no solo para serem maceradas com querosene; posteriormente esse produto é

colocado em tanques e mergulhado em ácido sulfúrico para que seus alcalóides sejam acidificados e se formem seus sais, obtendo-se assim, os sulfatos de cocaína, hygrina e outros solúveis em água. O líquido é removido e tratado com substância alcalina, como por exemplo, o carbonato de amônio e, desta maneira é obtida a cocaína base, solúvel em solventes orgânicos e insolúvel em água.

Os solventes orgânicos empregados na obtenção da cocaína são voláteis e depois de algum tempo se evaporam ficando, a cocaína, sem odor. A presença de cheiro indica a necessidade de maior tempo de evaporação.

Os laboratórios autorizados empregam processos farmacêuticos diferenciados, além de vários tratamentos químicos que levam à obtenção do sulfato base, o sulfato de cocaína e o cloridrato de cocaína. Nestes processos, as folhas de coca são moídas e o pó é lavado com álcool num tanque; a mistura forma uma substância que é retirada do fundo do tanque, através de um tubo, para o alambique, onde o álcool passa por um processo de destilação, perdendo as impurezas e passando para novas lavagens; a substância restante passa por uma serpentina refrigerada e se acumula num tanque com cera; essa cera é misturada com água e aquecida pelo vapor da serpentina até uma temperatura de 60°C e em seguida esfriada; o tanque será preenchido com água fria, através das serpentinas, e a mistura cera-água fica várias horas num processo de cozimento. A cera solidificada fica na parte superior das serpentinas formando um bloco duro e a água que contém a maioria dos alcalóides é bombeada para fora do tanque, através de um filtro. A cera endurecida é aquecida novamente e destilada com ácido sulfúrico; nessa solução de ácido é acrescentado o carbonato de sódio para a precipitação dos alcalóides da coca. Esses alcalóides são dissolvidos em querosene e a mistura é esfriada, ficando na superfície do tanque uma camada pastosa em forma de cristais de cocaína natural. Essa camada é retirada e lavada com gasolina e os cristais retirados são dissolvidos em ácido sulfúrico; posteriormente a mistura é tratada com carbonato de sódio ocorrendo a

precipitação dos alcalóides da cocaína que são secos e tratados com outras substâncias até que se formem os cristais de cocaína.

Na região do Chapare, cerca de 200 quilômetros de La Paz o processo tradicional de produção de cocaína pelos camponeses bolivianos, consiste em transformar 500 quilos de folhas de coca em 2,5 quilos de pasta de coca; desta quantidade é extraído 1 quilo de sulfato base de cocaína que, destilado produz 1 quilo de hidróclorido de cocaína. Essa quantidade misturada com talco ou com outros produtos é multiplicada por 8 a 12 vezes, isto é o quilo original de sulfato base e de hidróclorido de cocaína é transformado em até 12 quilos, que é a droga vendida ao consumidor comum, embalada em pequenos sacos plásticos, os “sacolés” ou “papelotes”.

EFEITOS DA COCAÍNA NO ORGANISMO

O sistema nervoso divide-se em: o sistema nervoso central (SNC) que envolve o cérebro e a medula espinhal, e o sistema nervoso periférico (SNP) que é o sistema de neurônios fora do SNC. Entretanto essa é apenas uma divisão esquemática uma vez que a maior parte das sensações e ações envolve ambos os sistemas. Quando uma pessoa pega um objeto, apesar de a ação nervosa final ocorrer na periferia, envolvendo uma comunicação entre o nervo e um músculo, o início e a coordenação do ato ocorrem no SNC.

Apesar do sistema nervoso se relacionar com o controle das funções motoras e com a recepção dos estímulos sensoriais, há um sistema especializado, o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) que mantém e controla as funções orgânicas como o coração, os pulmões e o sistema digestivo. Esse controle é exercido pelo sistema simpático e parassimpático que são independentes e atuam de forma inversa, por exemplo, enquanto o sistema simpático aumenta a atividade cardiovascular, elevando a frequência cardíaca, o sistema parassimpático

reduz a atividade cardíaca. Assim sendo, o corpo ajusta as suas funções vitais continuamente com insignificante interferência voluntária.

O efeito anestésico da cocaína ocorre na medida em que ela interfere na transmissão de informações entre os neurônios, inibindo a troca de íon de sódio e de potássio nas fibras nervosas. Desta forma, o impulso não consegue deslocar-se através do neurônio resultando na impossibilidade de comunicação entre eles.

Seu uso no passado, no campo cirúrgico se deveu ao fato de a cocaína, diferente dos outros anestésicos locais, ser também um poderoso vasoconstritor, impedindo hemorragias, que são fatores de risco nas intervenções cirúrgicas.

Além do efeito anestésico local e vasoconstritor a cocaína também amplia os efeitos dos neurotransmissores responsáveis pela ativação do sistema nervoso simpático. Os neurônios simpáticos ativados liberam o neurotransmissor norepinefrina (NE) que atua sobre os receptores especializados de outros neurônios colocando-os em atividade, isto é, atua como um estimulante. O efeito da NE sobre os receptores é bloqueado por um mecanismo que faz o neurotransmissor retornar à célula nervosa de onde foi liberado inicialmente. A cocaína inibe esse retorno, conseqüentemente o efeito estimulante da NE aumenta uma vez que há maior quantidade e por um período maior de NE presente na área receptora.

Pelo exposto, nota-se que a cocaína interfere onde quer que a NE atue e, o sistema do corpo mais afetado pelo seu uso, é o sistema cardiovascular, pois, mesmo em doses moderadas ela aumenta a pressão sanguínea, devido à sua ação vasoconstritora, e a frequência cardíaca em razão do aumento dos níveis de NE e epinefrina, que atuam diretamente no coração. Graças a esses efeitos, o uso da cocaína pode levar à morte por insuficiência cardíaca (CEBRID).

A ação dessa droga no sistema nervoso central não é totalmente conhecida, mas afirma-se que ela é um estimulante do SNC. A

NE atua não só no sistema nervoso autônomo, mas também no cérebro e esses efeitos são ampliados pela cocaína, graças à capacidade que ela possui de bloquear o mecanismo que devolve a NE para o nervo, além do retorno de outros neurotransmissores para o cérebro, como é o caso da dopamina. Isso explica o fato da cocaína ser classificada como um estimulante psicomotor. Exames de EEG que gravam impulsos elétricos do cérebro, demonstram, que após o uso de cocaína, ocorre o aumento da atividade elétrica de partes do cerebelo, de áreas associadas à disposição, emoção e sensações de prazer bem como do sistema límbico acarretando um espasmo que lembra a epilepsia.

É comum notar-se que o usuário de cocaína reduz o consumo de água e de alimento; discute-se, no entanto, se essas reações decorrem do aumento da atividade em geral causado pelo estimulante, ou se há uma interferência direta no apetite. Outra reação digna de nota é que há aumento da frequência respiratória e da temperatura do corpo e, ao estimular a área do cérebro que controla a náusea induz o vômito. Seu uso em excesso provoca tremores e convulsões, e, ao final pode ser dito que esses efeitos estimulantes causam um colapso no sistema nervoso central, que provoca a insuficiência respiratória e/ou a parada cardíaca e a morte. A parada cardíaca decorre de fibrilação ventricular.

Recentes pesquisas realizadas pela Universidade da Califórnia, em São Francisco, informam que o uso do crack provoca a liberação de grandes quantidades dos hormônios do estresse. Estes por sua vez levam ao aumento da pressão arterial que causa graves danos, como a descamação ou dessecação, nas paredes da artéria aorta, principal vaso sanguíneo do corpo humano.

A cocaína em qualquer das suas formas de uso pode acarretar abortos e nascimentos prematuros. Esses bebês sobreviventes apresentam cérebro menor e choram de dor quando tocados ou expostos à luz. Demoram mais para falar, andar e ir ao banheiro sozinhos, e têm maior dificuldade de aprendizado.

Embora não haja ainda, total compreensão de como mudanças mínimas nos neurotransmissores se transforma em mudanças no estado psicológico de um indivíduo, sabe-se, todavia, que não resta dúvida de que qualquer droga que altera o funcionamento do cérebro tem efeitos psicológicos, e, na verdade são esses efeitos que atraem os usuários de drogas em geral.

Os efeitos psicológicos da cocaína variam de acordo com o meio ambiente, a dose, a via de administração, as características e as experiências do usuário. Aqueles que usam por diversão buscam a euforia. Muitos relatam agitação intensa, sensações de maior agilidade mental, desejo sexual e percepção sensorial. Ficam mais autoconfiantes, mais dinâmicos e falantes, têm fantasias de força, poder, onipotência, beleza e sedução. Acreditam que podem tudo, que têm poder absoluto!

No início do uso, a droga não costuma causar preocupações ou danos de monta. Perante os amigos o usuário acredita ter mais *status*, sente-se importante, considera o barato legal e, acredita ser o centro das atenções. Fica mais confiante e eufórico. A cocaína realça o super-homem que mora em cada um. Todavia com o passar do tempo e com o uso continuado as coisas mudam e se complicam.

Após a inalação, injeção ou fumo sente uma excitação inicial seguida, após algum tempo, de uma depressão penosa, sensação de fadiga, insônia, falta de apetite, o que ao final leva a um quadro de desnutrição e baixo nível social. Na verdade, com o uso contínuo a euforia torna-se normalmente inatingível e pode dar lugar a uma sensação de abatimento e desprazer. Muitos “apagam” logo depois do primeiro “vôo”, ou sentem sonolência, irritação, depressão e apatia. Diante destes resultados negativos a pessoa é obrigada a lançar mão de outra dose e, é assim que surge o quadro de dependência. Apesar do exposto, ainda não foi comprovado cientificamente, que a cocaína provoque uma dependência física (ocorre quando o corpo se adapta à presença da droga a ponto de manifestar síndrome de abstinência: reações orgânicas que podem, em

alguns casos, levar à morte, e que são aliviadas imediatamente pela droga). Ainda está em aberto saber se a cocaína provoca esse estado, ou seja, não há descrição clara de uma síndrome física de abstinência quando a pessoa para de tomar a cocaína. Não há relatos de dores pelo corpo, cólicas, náuseas acentuadas, enfim reações físicas. O que na realidade ocorre é que a pessoa fica numa grande ansiedade, desejando tomar de novo a droga para sentir seus efeitos agradáveis e não para diminuir ou afastar o sofrimento físico caso realmente houvesse uma síndrome física de abstinência.

Lesões cerebrais graves podem surgir, sendo muito comum a fase de confusão mental com alucinações. Com o hábito repetido, a euforia cede lugar a uma psicose semelhante àquela produzida por doses excessivas e crônicas de anfetaminas. E, as psicoses provocadas por essas duas drogas são tão semelhantes à esquizofrenia que os médicos normalmente passam a ter dificuldades em distinguir as psicoses por drogas do verdadeiro distúrbio psiquiátrico (CEBRID).

Os sintomas da psicose de cocaína costumam englobar a paranóia, a mania de perseguição e alucinações visuais, auditivas e táteis, sendo estas semelhantes à sensação de insetos arrastando-se por debaixo da pele. O aumento da irritabilidade, tensão, paranóia e suspeita, associado ao uso prolongado de doses elevadas pode ser causado pelo *kindlin* (fulguração- fenômeno que é uma resposta comportamental e eletrofisiológica, crescente à estimulação elétrica de baixa frequência repetida no cérebro. Com esse fenômeno, estímulos elétricos que antes seriam incapazes de provocar espasmos chegam a provocar convulsões musculares). Daí acreditar-se que o mesmo seja responsável pela hipersensibilidade e pela psicose tóxica que podem ocorrer após o uso de repetidas doses de estimulantes do SNC.

Prejudicada a livre disponibilidade da droga, o viciado anseia pela cocaína, seu sono fica prolongado, seu apetite volta, sente fadiga e depressão, acreditando-se que esse quadro retrata uma grave dependência

psicológica (impulso irrefreável ao uso da droga para se evitar o mal estar. A dependência psicológica indica alterações psíquicas que favorecem a aquisição do hábito).

Como já descrevemos, o coração aumenta seus batimentos, levando à distribuição da droga pelos órgãos, sendo metabolizada no fígado onde agride as células hepáticas chega ao rim, e através da urina é eliminada.

Entre os indivíduos que procuram tratamento, cerca de 16% fumam a cocaína; 25% injetam a droga e 57% aspiram o pó. Alguns estudos têm indicado que fumar a droga ou tomada intravenosa leva ao uso compulsivo mais rapidamente, embora a maioria dos pesquisadores afirme que o uso do crack, forma de cocaína fumada, seja devastador¹.

O USO POR VIA ORAL

Uma das formas de uso das folhas de coca é como chá. Para alguns, usada desta maneira, pouca cocaína é absorvida pelo organismo, chegando pouquíssima quantidade de coca ao cérebro, o que é contestado por outros. Já foi vendida em farmácias, como remédio, sendo proibida no século passado, quando foram registrados casos de morte por seu abuso. Ainda hoje no Peru é muito comum o uso da cocaína como chá.

O cocainismo em forma de mascagem das folhas foi condenado pela ONU em 1949, ao serem analisados os seus efeitos, pois, inibindo a fome mantinha o homem em estado de desnutrição bem como incapacitado de produzir satisfatoriamente e de modo saudável o seu trabalho. Mesmo assim, esta forma de consumo tem amparo legal no Peru; as folhas de coca são vendidas nas ruas e oferecidas aos hóspedes dos hotéis e a qualidade dessas folhas vendidas é controlada pelo governo através do Instituto Peruano da Coca.

¹ Maioria das informações aqui contidas foram obtidas no CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

Alega-se que esse amparo legal é dado tendo em vista, que o hábito de mascar a folha de coca age como cardiotônico, isto é, aumenta a frequência cardíaca e respiratória, aumenta a tensão dos vasos, aumentando automaticamente a demanda de oxigênio para os músculos, o que acarreta o aumento da energia muscular. Os coqueiros, denominação daquele que tem o hábito de mascar coca, ou coquear, costumam referir sensações de bem estar, não chegando a ser citada a euforia característica predominante no uso da droga. Os pré-colombianos e os moradores atuais da região andina fizeram e fazem uso do hábito de mascar folhas de coca alegando que a mesma ajuda a vencer a sensação de cansaço e fome, e, como os efeitos da droga não são duradouros, as folhas mastigadas são mantidas dentro da boca, para que seus efeitos sejam, aos poucos, absorvidos pelas membranas dessa cavidade. Já entre os índios peruanos há o costume de misturar as folhas de coca com cal ou cinzas tendo em vista que a cal ajuda a liberar a droga e reduz o sabor amargo (DENARC –DIPE).

Outro modo de utilização é o de aplicar o pó diretamente na mucosa da boca, esfregando a droga na gengiva além de ser muito comum aplicar o pó nos órgãos genitais.

O USO VIA INTRANASAL

O cocainismo em forma de aspiração é o vício de usar a cocaína em pó, produto em forma de sal, obtido por um processo químico, que chega ao consumidor na forma de cristal ou um pó branco, amargo e sem cheiro. O que explica a preferência por essa forma de uso é a dificuldade para se contrabandear grandes quantidades de folhas de coca através das fronteiras. Consequentemente é o cloridrato de cocaína extraído das folhas de coca, que passa a ser o material proibido e que é vendido ilegalmente nos vários países do mundo.

Realmente, a forma mais comum do cloridrato de cocaína é em pó, e, como atualmente o meio mais difundido de consumir cocaína é por via intranasal, os usuários compram a cocaína em pó. A maioria dos usuários toma a droga por finalidades sociais ou recreativas. Normalmente ela é ingerida em festas, juntamente com álcool e a maconha. Uma minoria consome a droga por motivo específico como diminuir o apetite, perder peso, aumentar a energia, acabar com a monotonia e a depressão, melhorar a atividade e o desempenho no trabalho. Há os extremados que são compulsivos e consomem a droga várias vezes ao dia, durante um longo período. Dividida em carreiras para facilitar a inalação, é a droga aspirada através de um tubo. Todavia, mesmo assim, no momento da aspiração as narinas se fecham não permitindo a passagem de toda a droga, ficando parte da mesma presa nas paredes do nariz, o que para muitos, significa uma perda imperdoável, justificando a procura por outras formas de uso.

Poucos segundos após a aspiração, a pessoa tem uma sensação de adormecimento do nariz e depois uma “friagem”, que dura cerca de cinco minutos. Ocorre uma crescente sensação de alegria, euforia e energia. O efeito da droga atinge seu ponto máximo em dez a vinte minutos e termina quase totalmente em uma hora. Os efeitos estimulantes duram de vinte a quarenta minutos, pois após a aspiração entra na circulação e chega ao cérebro iniciando seus efeitos. Encharca os neurônios surgindo uma forte estimulação do cérebro que dura pouco e, na tentativa de manter essas sensações, muitos usuários voltam a cheirar em intervalos regulares até o final da droga.

Aspirada, a cocaína é absorvida pelas membranas mucosas da boca, pelos canais nasais e pelo trato gastrointestinal.

O uso por aspiração deixa a mucosa nasal avermelhada e muito irritada, provocando um desconforto, dando a impressão de que o indivíduo está sempre com coriza, por isso constantemente pinga remédio

no nariz, ou passa a mão pelo mesmo. Nos casos mais graves pode haver gangrena ou perfuração do septo nasal.

Mais de 80% das pessoas que pedem auxílio clínico, em função das reações físicas desagradáveis, fazem uso da droga por via intranasal, o que derruba o mito de que essa forma de administração é segura e livre de complicações.

O USO VIA ENDOVENOSA

Os usuários mais experientes ou de maior frequência administram a droga por via intravenosa. A dose mais comum é de 10mg. Embora os efeitos fisiológicos e subjetivos da droga sejam os mesmos que os produzidos pela utilização através da forma intranasal, ao injetar a droga os usuários podem experimentar um “baque” (aceleração) intenso em apenas um ou dois minutos. Esse baque se dissipa em trinta minutos, e os usuários normalmente repetem a experiência injetando-se mais droga.

Segundo o depoimento de usuários, essa forma de consumo de cocaína exige dose menor em relação à via intranasal. Mas de qualquer forma o que se observa é que o viciado tem um comportamento que traduz insatisfação na medida em que repete compulsivamente o uso até que o suprimento da droga se esgote.

Utilizada endovenosa provoca, em muitos casos, ulcerações ou feridas nos locais do corpo onde é possível aplicar injeções, devido à constrição dos vasos sanguíneos ou à falta de esterilização ou cuidados com a higiene das seringas ou agulhas, bem como transmissão de doenças, uma vez que na forma injetável, é muito comum o uso de cocaína por diversas pessoas juntas que acabam utilizando a mesma injeção.

Nessa forma de uso há o risco de coagulação do sangue com sérios danos às veias, inflamação do fígado, inflamação da membrana que reveste a medula espinhal e o cérebro, alterações visuais, clarões de luz na visão periférica, anorexia e perda de peso, prisão de ventre e diarreia e dificuldade para urinar.

O USO COMO FUMO

No Peru, no Equador, na Colômbia e na Bolívia é farta a disponibilidade da pasta de coca tornando possível e comum o hábito de fumá-la. Nesses países a prática de fumar pasta de coca tornou-se verdadeira epidemia entre os adolescentes predominantemente do sexo masculino. Como é comum fumar compulsivamente, isso implica no consumo de grandes quantidades de droga. No Peru, por exemplo, é possível o consumo de até 60 gramas de pasta de coca em uma única vez.

A pasta seca, que contém de 40 a 90% de sulfato de cocaína, é misturada num cigarro de tabaco ou maconha. A rápida absorção da cocaína inalada pelos pulmões permite uma imediata euforia e estímulo do sistema nervoso central. Entretanto esses efeitos agradáveis são passageiros mesmo que a concentração da droga no sangue permaneça alta, o que leva os fumantes de cocaína se tornarem ansiosos, irritáveis e deprimidos. E, para evitar essa reação ruim, eles continuam a fumar pasta de coca por muitas horas, embora se saiba que jamais voltarão à sensação inicial. O hábito de fumar cocaína pode trazer alucinações e comportamento psicótico além de graves intoxicações provocadas pelos efeitos maléficos do querosene (CEBRID).

Até o momento o uso de pasta básica de coca (PBC), como é conhecida no Peru, não está difundido fora dos países produtores, no entanto, sabe-se que isso pode mudar, porque a pasta requer um procedimento rudimentar e é mais barata. Como aspecto negativo à expansão do seu uso, afirma-se que a pasta é menos lucrativa para os

traficantes uma vez que é mais difícil adulterá-la a exemplo do que ocorre com o cloridrato de coca além do que, a pasta sendo mais volumosa é mais difícil de ser transportada.

Outro modismo que está se tornando cada vez mais conhecido no mundo, apesar de ser uma forma mais cara de consumo de cocaína, é o hábito de fumá-la pelo processo “*freebasing*”. Através de um processo químico especial o cloridrato de cocaína é convertido para uma forma que permite ser fumada. O *freebasing* é fumado em um narguilé, espécie de um cachimbo d’água e, como a maior parte da droga se perde pela condensação e pela fumaça que escapa, somente 5 a 6% da droga é utilizada, e isto ocorrendo impõe-se a necessidade de grandes quantidades de cocaína; uma única inalação exige 100mg do produto o que leva a um consumo de até 30g ou mais num período de 24 horas. Segundo os estudiosos este método se tornou tão popular porque da mesma forma que o processo intravenoso, produz uma excitação intensa, maior do que a experimentada em outros métodos, além de provocar maior desejo por outra dose.

Embora se mostre com uma aparência recreativa e inócua constitui, na realidade, uma forma muito perigosa de abuso de cocaína. Os estudos têm demonstrado que o *freebasing* danifica seriamente os pulmões, provocando bronquite, tosse persistente, podendo ainda, desencadear queimaduras por explosões provocadas pelos solventes inflamáveis, em grandes quantidades, que entram na sua extração.

Modernamente surgiram dois derivados da cocaína que estão invadindo o mercado consumidor que é o crack e a bazuca, produtos esses que causam graves riscos à saúde pelas impurezas que possuem e pela rápida dependência que causam.

CRACK E A MERLA

A cocaína é uma substância natural extraída das folhas de coca que pode chegar ao consumidor de três maneiras: sob a forma de sal, o cloridrato de cocaína, o pó ou farinha, como é conhecido; solúvel em água, servindo, portanto, para ser aspirado ou dissolvido em água para uso endovenoso. Sob a forma de uma base, transformada em pedra, o crack, que é pouco solúvel em água, volatiliza quando aquecida, podendo, portanto ser fumada em cachimbos e sob a forma também de base, a merla (melado, mel ou mela) produto sem refino, preparado de maneira mais grosseira do que o crack, é muito contaminado com substâncias utilizadas na sua extração, mas que pode da mesma forma ser fumada. Na realidade tanto o crack quanto a merla são subprodutos da cocaína.

Por apresentarem o aspecto de pedra, no caso do crack, e pasta, no caso da merla, e não podendo ser transformados em pó fino, tanto um como o outro não podem ser aspirados e por não serem solúveis em água não podem ser injetados.

Para passar do estado sólido ao vapor necessitam de uma temperatura baixa, 95°C, por isso podem ser fumados, ao passo que a cocaína em pó necessita de 195°C. (CEBRID).

O crack surgiu nos fins da década de 70, chegou ao mercado brasileiro em 1988, mas tornou-se popular somente por volta de 90. Inicialmente ganhou popularidade em São Paulo o crack, sendo que a merla se destacou em Brasília. No Rio de Janeiro, onde de há muito se sabe sobre o uso de drogas, ambas foram rejeitadas, sob a alegação de que eram drogas baratas e mal vistas. Hoje, no entanto, o uso de cocaína fumada expandiu-se, não só pelo Brasil como pelo mundo, tendo em vista seu preço e a maneira fácil de uso, o cachimbo é improvisado sem maiores dificuldades com a utilização de latinhas e recipientes plásticos; basta fumá-la, e este fato tem levado a sérias preocupações em razão dos seus efeitos devastadores. É denominada e conhecida como a “droga da morte”.

O crack é um composto em forma de pequenas pedras, obtido através da mistura da cocaína com bicarbonato de sódio ou amônia e um solvente como éter ou acetona. Essas pedras têm muitas impurezas e sempre apresentam alguma quantidade de bicarbonato, por isso estouram ao serem queimados, daí o nome “crack”.

Seu aparecimento se deve a duas teorias: Na década de 80 o mercado norte americano ficou saturado de cocaína, uma vez que era pouco procurada em razão do seu preço elevado, cerca de U\$ 30,00 a U\$ 50,00 o grama. Assim sendo, os traficantes criaram outra forma de usar a cocaína, cujo preço, sendo bem mais em conta de U\$ 5,00 a U\$ 10,00, garantiria maior procura. Deram-lhe o nome de “crack”.

Sua criação se deve a uma forma de fabricação de cocaína mais grosseira, sem o devido refino que, além de caro exigia severa vigilância, pois, como suas substâncias são voláteis e têm fortes odores são facilmente detectadas pela polícia em áreas de refino. Ao contrário das demais drogas, o crack não tem a sua origem ligada a fins medicinais; ele já nasceu como uma droga para alterar o estado mental do usuário. O crack surgiu da cocaína, feito por traficantes, no submundo das favelas e guetos das grandes cidades, sendo, assim, difícil demonstrar onde realmente ele apareceu pela primeira vez. O nome “crack” vem do barulho que faz quando está sendo queimado para ser consumido.

Segundo estudos realizados, o fumante de pasta de cocaína (crack ou merla) passa por algumas fases:

1ª fase – euforia cocaínica: Excitação, hipersexualidade, inapetência, hipervigilância, instabilidade emocional e insônia;

2ª fase – disforia cocaínica: Angústia atroz, inapetência, insônia, indiferença sexual, apatia, tristeza, melancolia e agressividade;

3ª fase – Alucinação cocaínica: alucinações visuais, auditivas, táteis, olfativas, excitação psicomotora, indiferença sexual com dificuldade de ejaculação ou de orgasmo;

4ª fase – Psicose cocaínica: ilusões paranóides, mania de perseguição, insônia, depressão, tentativas de suicídio e homicídio, alucinações auditivas e olfativas, hipervigilância.

Os sintomas da 4ª fase surgem também para aqueles que fazem uso de grandes quantidades de cocaína e para os que associam cocaína-álcool.

A overdose é mais comum na fase inicial estimulatória de toxidade (ataques, hipertensão e taquicardia) ou na fase posterior de depressão, culminando em grande depressão respiratória e coma.

O crack e a merla são cocaína, assim sendo, todos os efeitos provocados pelo uso intranasal e endovenoso ocorrem também com essas duas formas de uso, todavia, sendo fumadas, são mais potentes, agem num prazo muito curto criando uma forte dependência psicológica. Acredita-se que nas primeiras pipadas o usuário já fica viciado.

Quando o crack e a merla são fumados e atingem os pulmões, são imediatamente absorvidos, uma vez que esse órgão é muito vascularizado e representa uma grande superfície. Através do pulmão, passa para a circulação chegando ao cérebro. Desta forma, o crack e a merla encurtam o caminho para que seus efeitos sejam atingidos. Todavia não passando pelo fígado, aumenta a sua toxidade, porque o fígado é órgão processador, um verdadeiro filtro. O crack é uma droga poderosa, em 10 a 15 segundos são sentidos os primeiros efeitos, enquanto no uso intranasal são exigidos de 10 a 15 minutos, e, na forma endovenosa de 3 a 5 minutos.

Contudo, a duração de seus efeitos é muito fugaz e, dura ao redor de 5 minutos. Esse pouco tempo de prazer intenso faz com que o usuário volte a “pipar” com maior frequência, entrando num quadro de dependência mais rapidamente do que se estivesse usando a cocaína por outras vias.

O fumador de crack relata sentir uma sensação de imensa euforia e poder, o “tuim”. Essa sensação é tão vigorosa e agradável, que

tão logo desaparece, provoca uma vontade muito grande de voltar a usar a droga, coisa que faz repetidamente até acabar com o seu estoque de pedras. Quer sentir a mesma sensação de antes! Esse uso reiterado do crack e merla é avassalador, seus malefícios são rápidos e intensos.

Em muito pouco tempo o usuário perde muito peso, deixa de lado as noções básicas de higiene ficando com um aspecto deplorável, por isso o craqueiro é facilmente reconhecido. É muito comum o comportamento violento; facilmente se irrita. Apresenta tremores, sudorese intensa, aumento da pressão arterial, paranóia e desconfiança; os viciados vivem procurando pedras pelo chão. O crack leva o usuário ao isolamento por desconfiança e sentimento de perseguição. Normalmente há queimadura nos lábios, língua e garganta. Bastante comuns são os problemas respiratórios tais como congestão nasal, tosse, expectoração de muco preto e sérios danos nos pulmões. Estes se fragmentam. Um quadro agudo relatado por usuários por via fumada é conhecido como “pulmão de crack”, dor intensa no peito, falta de ar e tosse sanguinolenta. Há dores de cabeça, tonturas, desmaios e palidez. Após o uso intenso, que é o comum entre os viciados em crack, a sensação é de profundo cansaço, intensa depressão e desinteresse sexual. É tão marcante e profunda a modificação e degradação do viciado que ele mesmo tem a consciência de que a sua transformação é por causa da droga.

Quanto mais se desespera para sentir as sensações iniciais, mais usa e menos sente o prazer já experimentado, surgindo um quadro visível de paranóia.

Segundo o Dr. Carlos Delmont Printes – Médico do IML/SP – as pessoas com, o uso do crack, sofrem uma quebra total do discernimento, sentimentos de perseguição, paranóia, agravando a criminalidade (Revista Isto É, 1999).

A percepção do estado de decadência em que chega o usuário de crack é possível graças à “cracolândia”, local público, onde se reúnem viciados nesse tipo de uso de drogas. Apesar dos esforços das autoridades

governamentais, no sentido de encaminhar esses indivíduos para hospitais ou albergues, ainda não se conseguiu acabar com esse retrato de tamanha decadência humana.

A merla é mais nociva que o crack, de consistência pastosa, em cores que variam do amarelo-escuro ao marron. É altamente tóxica aos pulmões, uma vez que cola nas paredes do mesmo provocando fibrose pulmonar, dificultando a respiração e no fígado, podendo causar hepatite tóxica tudo isto tendo em vista o seu preparo que consiste em misturar à pasta base de coca ácido sulfúrico, querosene, gasolina, cal virgem, éter e pó de giz. Quando fumada misturada com maconha, denomina-se “baseado pesado”, é denominada por muitos como “bazuca”. Uma vez fumada destrói os neurônios, prejudicando a memória e a coordenação motora. Provoca taquicardia intensa e em casos extremos a morte por parada cardíaca. Pode ser excretada pela pele, assim a transpiração do usuário tem um cheiro muito forte e característico de querosene, benzina, éter. Após o uso a sensação é muito desagradável, o cansaço é intenso e a depressão muito grande. É alucinante e mortal.

OS EFEITOS TÓXICOS DA COCAÍNA

A cocaína pode ser mortal em várias circunstâncias e, o mais comum é que o óbito resulte de doses muito maiores do que 20mg. O que caracteriza a intoxicação aguda é a estimulação do SNC (inquietação, tremores e convulsões) seguida da depressão (colapso respiratório e cardiovascular). Como o uso da droga aumenta o trabalho exigido do músculo cardíaco, as pessoas com hipertensão ou doenças cardiovasculares ficam mais sujeitas a uma reação fatal. Há casos de hemorragias cerebrais que resultam do aumento da pressão sanguínea. O cérebro é muito danificado com o estreitamento dos vasos que a cocaína produz, podendo ser fatal.

Estudos demonstram que a cocaína afeta a composição do sangue e os vasos por onde passa, aumentando o risco de formação de coágulos. O sangue fica mais viscoso e circula com maior dificuldade por veias e artérias. A proteína “fator de Von Willebrand”, ligada à coagulação aumenta muito, levando ao risco de acúmulo de plaquetas nas paredes internas dos vasos formando coágulos. O risco de infartos e AVC são imensos.

Nos indivíduos que nascem sem a pseudocolinesterase, enzima necessária para o metabolismo da cocaína no sangue, a morte pode ocorrer mesmo com o uso de pequena dose.

Seu efeito vasoconstritor, o aumento de atividade física e o estímulo sobre o centro regulador de temperatura do cérebro, podem levar à hipertermia, que coloca a vida em risco, pois, as células do cérebro e do resto do corpo morrem quando expostas a altas temperaturas.

Mortes súbitas causadas por uma dose exagerada, a overdose, também pode ocorrer quando a cocaína é contrabandeada dentro do corpo o “*body packing*”. Às vezes os contrabandistas enchem sacos plásticos, bexigas ou preservativos com cocaína e os engolem. Atualmente a droga está sendo envolta por películas protetoras de vidro de carros para impedir a visualização pelo sistema de fiscalização da Polícia Federal nos aeroportos. De qualquer forma o perigo de rompimento das embalagens é real e, no caso a absorção da droga ocorre em quantidade letal. Como as embalagens normalmente são feitas com materiais semipermeáveis, a cocaína pode ser absorvida pelo organismo e provocar a morte, mesmo sem o rompimento da cápsula.

Como já foi visto anteriormente, esse alcalóide altera a atividade elétrica normal do cérebro, ocasionando espasmos ou uma atividade convulsiva muito semelhante à epilepsia; numa overdose geralmente ocorre à indução de convulsões repetidas que levam à morte.

A morte também pode decorrer de forma indireta como nos casos de infecções e doenças adquiridas (hepatite B, a septicemia, endocardite

bacteriana subaguda, AIDS e muitas outras) quando a droga for injetável, por seringas não esterilizadas.

Além dos efeitos tóxicos provocados pelo próprio princípio ativo da cocaína, muitas complicações acabam decorrendo de produtos químicos acrescentados na fabricação e composição da droga.

Segundo consta, a cocaína consumida no Brasil é uma das piores. Estima-se que em cada quilo de pasta base exportado, geralmente da Bolívia, os traficantes colocam 30 litros de derivados benzênicos; 20 litros de solventes orgânicos; um quilo de substâncias oxidantes e mais 4 quilos de produtos diversos, deixando a droga com apenas 30% de pureza. A pasta base que chega a São Paulo, é misturada com soda cáustica, solução de bateria de carro, água sanitária, cimento e manitol, um hormônio de engorda de gados. Além disso, são adicionados compostos inorgânicos, como o sulfato de magnésio, carbonato e bicarbonato de sódio, de cálcio e ácido bórico, carboidratos além de anestésicos, como a xilocaína, benzocaína e produtos antitérmicos e o analgésico fenacetina. Ao ser adicionado o enxofre e cloreto férrico, os traficantes passaram a produzir a cocaína amarela ou ocre e, para a obtenção das cores roxa e marron o narcotráfico adiciona resina e pó-de-serra.

PROBLEMAS SOCIAIS E PSICOLÓGICOS

Os efeitos tóxicos da cocaína decorrentes do uso crônico são conhecidos, e, esse uso compulsivo acaba acarretando problemas psicológicos e sociais indesejáveis.

Geralmente o desempenho profissional cai e as relações interpessoais são destruídas, pois há uma perda do interesse por amigos que não estejam relacionados com o mundo das drogas. Muitas pessoas justificam o uso da cocaína alegando que o fazem com a finalidade de expandir a sua vida social e para despertar o desejo sexual. Entretanto,

mais de 50% das pessoas viciadas que pedem socorro aos postos de atendimento informam que somente no início faziam uso em companhia de outros drogados, mas com o passar do tempo, vieram a usar a droga, sozinhas. Por outro lado, enquanto o aumento do desejo sexual costuma ser colocado como uma das razões da manutenção do uso dessa droga estimulante, a perda do impulso sexual e a incapacidade de se relacionar sexualmente são as principais queixas dos usuários crônicos.

Como os efeitos agradáveis da droga diminuem com o uso contínuo, sendo substituídos por sensações indesejáveis, é muito comum que, para o alívio dessas sensações, haja o aumento do consumo a tal ponto que o viciado em cocaína acaba perdendo o controle. Continuamente sente falta da droga e tem compulsão para o uso. A cocaína se torna um estilo de vida, e o indivíduo começa a ter como sua principal preocupação a obtenção da droga. A informação de muitos é a de que não são capazes de resistir à cocaína quando ela está de alguma forma disponível e, assim, perdem o controle de suas vidas. É muito comum o hábito de ficar consumindo por mais de 24 horas sem parar, não dando importância à alimentação, sexo, trabalho e mesmo aos amigos e familiares. Estes compulsivos acabam apresentando uma redução em seu grau de sociabilidade e no desempenho normal de várias funções.

O paradoxo é que embora saibam que a cocaína está provocando efeitos adversos no seu bem estar psicológico, nos seus relacionamentos sociais e interpessoais, e nas suas carreiras profissionais, a principal preocupação dos viciados é a de aliviar as sensações desagradáveis. Não querem largar a droga querem deixar de ter os efeitos ruins e, ficam sonhando com os efeitos bons iniciais.

A condição social do viciado se modifica, pois o uso crônico acaba levando a um rombo financeiro e com isso, não raro, há a perda de empresas, carros, casas e de tudo que possui. Dilapida os bens da casa, tudo é vendido ou trocado pela droga e, em se tratando de usuário de crack esse comportamento é mais acentuado.

Não raro muitos viciados são obrigados a se engajar em atividades ilegais, como furtos, roubos e tráfico para continuar no vício.

A depressão, ansiedade e irritabilidade são queixas comuns. A dificuldade de concentração e a falta de memória são claramente percebidas, e assim, o drogado cada vez mais precisa usar a droga para vencer o sentimento de inferioridade.

Informe interessante é o de que, a grande maioria das pessoas que usa cocaína teve experiências anteriores com outras drogas, como a maconha, por exemplo. Raramente o uso de drogas se restringe a um único tipo, sendo comum o uso combinado de drogas entre os usuários de psicoativos. Segundo o SEBRID, 98% dos viciados em cocaína também fazem uso de maconha. Por outro lado o uso constante da maconha parece levar à probabilidade de uso da cocaína; quanto mais frequente é o uso da maconha mais inclinado ao uso da cocaína; o consumo de álcool e cigarros é muito comum. Segundo o Instituto Gallup as drogas que mais frequentemente são combinadas com a cocaína são o álcool, a maconha, os tranquilizantes, os opiláceos e as anfetaminas.

A introdução do álcool no círculo da cocaína pode ter um efeito devastador, inclusive por razões fisiológicas. Tanto o álcool quanto a cocaína são metabolizados no fígado, mas, se ambos estiverem presentes na circulação sanguínea, o álcool é metabolizado primeiro, e a cocaína pode ficar circulando, sem transformações, por um tempo maior, o que torna seu efeito mais perigoso para o coração. Outra mistura perigosa e, é praticada comumente, é a cocaína com a maconha pois enquanto uma é estimulante a outra é relaxante.

O suicídio é muito comum; o homicídio acaba, às vezes, sendo consequência da grande irritabilidade que toma conta do drogado assim como o aumento dos índices de violências em geral. Os acidentes de automóveis estão cada vez mais ligados ao uso de drogas não lícitas e lícitas, como o álcool. O sofrimento familiar é imenso e a desagregação é inevitável; tudo é destruído ao redor do viciado; ele não sofre sozinho. O

desemprego é previsível e com o passar do tempo o toxicômano se torna uma presa fácil dos traficantes, restando, desta forma, o caminho da delinquência como a prática do estelionato, furtos, roubos e tráfico além da corrosão moral levando à prostituição.

Reconhecer o usuário crônico de cocaína aspirada ou injetada é relativamente fácil pelo desequilíbrio mental que apresenta além das alucinações. Idéias de ciúme doentio, insônia, inquietação motora, irritabilidade, alta agressividade, tremores, suores frios, problemas circulatórios, rinite e ulceração do septo nasal, tremores dos lábios, perturbações oculares como a diminuição das pupilas e a saliência exagerada do globo ocular, “olho de boi” e a anorexia. Na fase inicial procuram mudanças de atitudes e atos de dissimulação, ficando arredios, desconfiados, com as narinas feridas, corrimento nasal frequente e com eventuais marcas de picadas de injeção.

Segundo estudiosos, o uso de drogas decorre de um conflito psicológico não resolvido, e de inadaptação social. É o conflito denominado primário que quando resolvido, representa superação e a permanência na normalidade. Quando não resolvido pode levar às neuroses com manifestações de autogratificação ou autopunição resultando: a prática de delitos para descarregar a neurose; as toxicofilias ou a mortificação pelo padecimento com doenças psicossomáticas.

O uso de drogas abate o ego, destrói valores da convivência, jogando o indivíduo em uma nova espécie de conflito, no qual perde a condição de trabalhar, enfraquece fisicamente, sente-se vencido e marginalizado.

A droga que inicialmente foi usada para levar à saída do conflito primário não resolve, ao contrário, agrava o quadro e fecha o círculo vicioso, levando o toxicômano à loucura, à prostração total ou mesmo à morte. O calculo do tempo de evolução da toxicofilia é impreciso, pois essa evolução depende da frequência e quantidade em que a droga é usada, natureza do tóxico, condições físicas do usuário e forma de uso.

O período que abrange a adolescência até o início da idade adulta é a fase da vida na qual existe o maior risco para o início do uso de cocaína além de ser, uma etapa da vida, onde é mais rápida a progressão de uso. Esta, normalmente, já é uma fase crítica, com diversas modificações internas e externas, além de caracterizar-se por um grande grau de ansiedade e estresse. O jovem se afasta dos pais aproxima-se dos colegas e amigos fazendo uso da “liberdade” conquistada. É muito comum a tendência para o envolvimento em situações de risco. A dificuldade de previsão futura leva o jovem a viver apenas o hoje. Isso tudo acaba concorrendo para a experimentação de álcool e drogas, particularmente a cocaína. A busca para ser admitido em grupo social de iguais é muito grande. Segundo Galduróz, *et all* (2004), a cocaína ocupa a 8ª posição entre as drogas de abuso no Brasil, tendo o seu consumo quadruplicado na população jovem entre 1987 e 1997 (0,5% para 2% entre estudantes de 1º e 2º graus). O mesmo levantamento indica o crescimento do consumo ao longo da vida, bem como o aumento de usuários “pesados” em 8 entre 10 capitais pesquisadas, concluiu-se também que o aumento do uso entre esses estudantes foi de 80%. Entre os adolescentes em tratamento no Hospital das Clínicas em São Paulo, a cocaína é a segunda droga mais consumida, perdendo apenas para a maconha (Scivoletto, S.; Andrade, E.R.).

Há também a possibilidade de muitos usuários durante o período acadêmico, o que merece especial atenção considerando que esses indivíduos, num futuro próximo, constituirão a massa crítica da nação.(Andrade, A.G.; Queiroz, S.; Villaboim, R.M.C.).

O quadro de toxicod dependência é problemático, e na maioria das vezes exige tratamento para a obtenção do afastamento do indivíduo das drogas. Se no adulto essa exigência se faz necessária quanto mais em se tratando de um jovem, que acaba desestruturando todo um projeto de vida.

Uma vez viciada, a pessoa esconde esse fato enquanto pode, mas, uma vez revelado, o tratamento se impõe quer compulsoriamente quer voluntariamente, sendo melhor o prognóstico quando o tratamento é solicitado pelo próprio drogado.

TRATAMENTOS PARA O USO DESSAS DROGAS

Na atualidade é muito grande o número de usuários de drogas em geral, contudo, houve também um aumento da procura e do crescimento de métodos de tratamento. A dependência cocaínica é um transtorno passível de tratamento. Seus resultados são variados, mas existem. A situação é muito semelhante à epidemia que ocorreu no século XIX, época em que a maioria dos tratamentos não atingia resultados satisfatórios.

Nessa ocasião muitas drogas eram utilizadas pelos especialistas, como forma substitutiva para que se conseguisse a abstenção da droga usada. Entretanto, como é fácil deduzir, problemas surgiram porque as drogas utilizadas também ofereciam a probabilidade de viciar. Houve o tratamento com base na hipnose dos viciados ou o envio dos mesmos a clínicas onde o tratamento incluía ambiente livre de drogas, lições de moral, alimentação saudável e exercícios físicos. Após a alta, no entanto, os pacientes recaíam muito rapidamente. É de dizer-se por outro lado, que há usuário que acaba não necessitando de tratamento; largam definitivamente o consumo logo após o aparecimento dos primeiros prejuízos.

Antes do século XX praticamente não existiam tratamentos eficazes para o uso da cocaína. Embora a situação de hoje não seja muito melhor, há algumas terapias que têm demonstrado eficácia moderada.

A escolha de um tratamento específico deve ser precedida de três verificações:

- a) Análise da gravidade do problema, a quantidade usada, a regularidade e a via de administração da droga, pois, dependendo

da fase em que se encontra o viciado o tratamento deverá ser muito bem orientado, em virtude das dificuldades a serem enfrentadas. É claro que quanto mais cedo seja a procura por um tratamento, melhor, uma vez que ainda há coisas a serem perdidas o mesmo não ocorrendo quando a pessoa já perdeu tudo o que possuía em função da droga, inclusive a família;

- b) Identificar-se a existência de distúrbios psiquiátricos pois, o paciente pode estar sofrendo de depressão ou dificuldade de concentração e usa a cocaína como forma de automedicação. Nesse caso, parar simplesmente com o uso da droga não iria oferecer bons resultados;
- c) Diagnosticar possíveis complicações decorrentes do uso abusivo da droga. Agitação e convulsões, sintomas psicóticos com alucinações e delírios exigem tratamentos imediatos. Algumas vezes o uso excessivo de cocaína provoca reações orgânicas com quadros muito semelhantes a uma depressão profunda que pode levar a uma tentativa de suicídio, nesses casos a observação hospitalar se impõe, deixando, antes de mais nada, que ocorra a recuperação do sono e das condições de saúde em geral.

Alguns tratamentos existem como a dessensibilização que é de utilidade para o combate dos problemas da fobia e comportamentos extremados de ansiedade; treinamento de afirmação que se baseia no pressuposto de que algumas pessoas são incapazes de dizer não à droga; terapia de apoio que consiste em ajudar os pacientes a se desembaraçarem de estilos de vida que giram em torno do uso da cocaína; tratamentos farmacológicos, ainda em fase de experiência, mas que nos leva à crença de que certas substâncias podem ser úteis durante o tratamento; terapia antidepressiva com o uso de antidepressivos tricíclicos para o tratamento de depressão; terapia com lítio que é usada no tratamento de distúrbios maníaco-depressivos e tratamentos com estimulantes como o metilfenidato, que devem ser usados com reservas, pois muitos dos seus efeitos são similares aos da cocaína e os da

anfetaminas. Há também tratamentos considerados como complementares como a acupuntura, encontrando-se em fase estudos, na Universidade de Yale, pelo psiquiatra Thomas Kosten, da Yale School of Medicine, a produção de vacina anti-cocaína.

O que se percebe é que os graves problemas decorrentes do uso da cocaína nas variadas formas de uso, levaram a uma procura desesperada de soluções fáceis e rápidas. Na América do Sul o uso abusivo em forma de fumo da pasta de coca tem sido devastador. No Peru tentou-se uma forma drástica de tratamento através de uma psicocirurgia, que além de não ter base científica, deixa o paciente alterado intelectualmente, demonstrando o desespero dos médicos e familiares dos pacientes viciados.

A verdade é que há a necessidade de tratamentos para o usuário de cocaína, mas é possível que ainda demore muito o descobrimento de um método que leve à cura definitiva, e, mesmo assim, deve-se levar em conta que, é pouco provável que uma única abordagem ofereça êxito para todos os tipos de consumidores que procuram tratamento. Ainda a melhor forma de frear o uso de cocaína e outras drogas são a educação e prevenção. Devemos nos conscientizar que não há, por enquanto, um tratamento de cura mas sim, tratamentos que ajudam o paciente a ficar longe das drogas. Esses tratamentos não têm um prazo certo de duração, são processos contínuos que procuram vencer as etapas vivenciadas pelo viciado. Dentro dessa linha de raciocínio podemos citar três formas de tratamentos:

- a) Tratamento familiar;
- b) Tratamento ambulatorial;
- c) Tratamento de internação.

O tratamento familiar é adequado nos casos em que o usuário de drogas esteja em fase inicial quando ainda não tenha modificado seu comportamento, e tem como pressuposto o não prejuízo do convívio com a família. Esse tratamento subdivide-se em orientação familiar, grupos

psico-educacionais de familiares, aconselhamento familiar e terapia familiar modelos esses que, se tornam cada vez mais rígidos e, após análise de cada caso verifica-se qual é o mais indicado para o paciente. Outra questão a ser abordada é a de que a dependência de substâncias psicoativas é definida como um transtorno individual. Todavia, muitos especialistas aceitam o conceito da dependência como doença familiar, por atingir não só o usuário, mas também aqueles que o cercam.

A família necessita participar ativamente do tratamento e do processo de recuperação do dependente, como núcleo de suporte fundamental do indivíduo. Esta tarefa não é fácil, tendo em vista os quadros de agressões, furtos domésticos, doenças do paciente e o desgaste do próprio lar.

O tratamento ambulatorial realiza-se, como uma consulta qualquer, em clínicas ou ambulatórios, não ficando o paciente retido. Esse programa costuma ser dividido em sete etapas, sem tempo de duração prefixado, que deverão ser vencidas pelo viciado. Inicialmente há uma definição da estrutura do tratamento, seguido de um processo terapêutico em etapas; há exigência da completa abstinência de todas as drogas; inclusão de aspectos familiares; análises toxicológicas e terapia em grupo.

O tratamento de internação consiste em manter o indivíduo internado num hospital ou numa clínica especializada, assistido por 24 horas, sem poder sair do local. Tem a vantagem de evitar, de maneira absoluta, o uso das drogas e o encontro com amigos viciados, o que não ocorre no tratamento ambulatorial, mas permanece num ambiente imaginário bem diferente do mundo que vai encontrar quando sair do hospital ou clínica especializada.

A indicação para esse tipo de tratamento ocorre quando há risco de suicídio, agressividade física importante, quadro psicótico, doenças médicas ou psiquiátricas associadas (infarto do miocárdio, convulsões etc), intensa disfunção de vida do dependente, ou incapacidade de cuidar da higiene pessoal, alimentação etc., dependência de álcool ou opiláceos

que exigem o tratamento em hospital e fracasso do tratamento ambulatorial.

Pelo visto acima as toxicomanias exigem muitas medidas de combate, as preventivas, terapêuticas e as repressivas. Entretanto, há de ser reconhecido que a eliminação total do vício no mundo, que é um dos maiores males sociais da atualidade, dificilmente será obtida. Afirmam os estudiosos que haveremos de nos contentar com índices toleráveis, que deverão ser os menores possíveis, acreditando-se não ser possível atingir o marco zero.

Segundo o CEBRID, a melhor abordagem do problema que por sua vez também apresenta melhor relação custo benefício é a medida preventiva ao abuso de drogas. Prevenir significa desenvolver programas junto às comunidades em geral, pesquisando as características peculiares e, de acordo com as suas particularidades, elaborar planos para evitar não só o início do consumo como o caminho aos transtornos decorrentes das substância psicoativas. As medidas preventivas sociais, no entanto, que seriam as mais efetivas, são as que apresentam maiores dificuldades por toda conjuntura existente na atualidade. Socialmente falando há terreno fértil para a implantação das toxicomanias.

Instalado o vício, obriga-se as medidas terapêuticas particularizadas a um determinado indivíduo, como exposto anteriormente.

Quanto às medidas repressivas a nova legislação antidrogas determina a punição apenas para o traficante, encaminhando, o viciado, a medidas de tratamento clínico ambulatorial ou hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por tudo o que foi visto neste trabalho, nota-se que o denominado “problema das drogas” está muito grave e é mundial.

Estamos vivendo um momento conturbado, há guerras, e as pressões existem em todos os meios, inclusive o familiar. O indivíduo sente-se sufocado pelas tensões, e pela consciência de que o justo normalmente é atropelado na corrida para o sucesso.

Entretanto é pacífica a tendência em considerar que a droga estimulante cocaína, não consegue retirar o homem dessa realidade mórbida sem produzir efeitos tremendamente danosos. A droga cobra muito caro pelos poucos minutos de sensações agradáveis que produz. Realmente os problemas existem, estão mais graves se relacionados a tempos passados, contudo, não é derretendo os neurônios ou adquirindo doenças horríveis que mudaremos tudo de ruim que aí está.

Segundo as observações da maioria dos estudiosos da questão das drogas, as causas mais frequentes que levam ao início de seu uso são:

- ✓ A insatisfação que é uma fuga da realidade. Normalmente ocorre em adolescentes que não estão acostumados a ouvir não; consideram que todos devem servi-lo, querendo tudo na hora, não suportando a espera. Têm muita dificuldade para lidar com a frustração.
- ✓ A pressão do grupo (amigos), com influências e ameaças é muito grande. As expressões como: “você não é homem”; filhinho da mamãe”; “coitadinho”; “a mamãe vai bater nele” representam um desafio terrível e, para provar que não são nada daquilo, fazem de tudo até furtam e matam e....se drogam é claro!
- ✓ A procura de novas sensações é um desafio para os jovens. Abusam da liberdade recém-adquirida. Eles gostam de novidades, ainda não conhecem os limites que a vida impõe; querem ver até onde podem chegar.
- ✓ A ansiedade é muito comum na fase da adolescência e início da idade adulta. Problemas comuns e, às vezes simples como dificuldades na escola, pressão da família, ou desagregação familiar, decisões que precisam ser tomadas como que profissão

irão seguir acabam gerando um tormento muito difícil a ser superado, o que requer atenção e cuidados especiais por partes dos que cuidam e tratam com jovens em geral.

- ✓ O adolescente não tem coragem de assumir que é diferente, e a sua tendência é imitar os outros que, para ele são mais espertos, alegres e extrovertidos. Para se integrar num grupo ele passa a fazer parte de gangues, beber ou se drogar. Quanto engano!

Segundo a OMS, o adolescente com menor possibilidade de utilizar drogas seria o bem informado; saudável; com qualidade de vida satisfatória; bem integrado na família e na sociedade e com difícil acesso às drogas.

O que se observa normalmente, é que o indivíduo com tendência ao uso de drogas possui concomitantemente um desequilíbrio mental na linha das psicoses, neuroses, psicopatias ou insuficiência mental, e, assim sendo é propenso também a ações delituosas. Sob o efeito das drogas, a violência é facilmente praticada².

Em levantamento do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, em 2004, “O uso na vida de cocaína no Brasil foi de 2,0%. O maior uso na vida foi observado na região Norte com 2,9%, seguida por sudeste com 2,3% e centro-oeste com 2,1%; no Sul foi de 1,7% e no Nordeste, 1,2%. A capital com maior uso na vida de cocaína foi Boa Vista com 4,9%, e a menor porcentagem foi o Recife, 0,7%.

A comparação com outros países mostrou que o uso no Brasil (2,0%) foi menor que nos Estados Unidos (5,4%), Espanha (4,1%), Chile (3,7%), Itália (3,5%), Guatemala (3,2%), Holanda e Reino Unido (3,0%), Uruguai (2,7%), Barbados (2,5%) e Equador (2,4%), porém maior que no Paraguai (1,6%), Portugal (1,3%), Grécia, Venezuela e Suécia (1,0%) e Panamá (0,8%)” (CONAGE, 2005; E.M.C.D.D.A., 2005; CICAD, 2005).

No que se refere ao crack, é de se notar que poucos países separam o uso da cocaína e crack. “No Brasil o uso na vida de crack foi de

² Informações colhidas no DENARC – Divulgação e Ensino

0,7%, duas vezes menos que no Chile (1,4%) e cerca de quatro vezes menos que nos Estados Unidos (2,6%). As regiões que apresentaram maiores porcentagens de uso na vida de crack foram a Sul (1,1%) e a Sudeste (0,8%). A Capital que apresentou a maior porcentagem de uso na vida de crack, foi João Pessoa (2,5%). O uso pesado de crack esteve ao redor de 0,2%. Talvez esta baixa prevalência reflita a incompatibilidade entre o uso intenso de crack e a manutenção do cotidiano.” (CONAGE, 2005; NIDA, 2005).

Tendo em vista que a melhor forma de modificar a grave situação ligada à drogas é através da prevenção, e esta engloba a educação, o social, o cultural e o clínico, considera-se que andou bem a nova legislação antidrogas ao aplicar e exigir para o viciado, métodos de tratamentos e não apenas a punição a exemplo da lei anterior.

A religião é fator preponderante na prevenção. Aprender valores morais, éticos, a cidadania, convivência, o respeito à vida, própria e a de seus semelhantes, e acreditar em algo muito forte e acima dos valores apenas materiais, isto é terrenos, acabam incutindo no indivíduo formas de comportamento que dificilmente serão derrubados pelos argumentos e motivações que levam ao tortuoso caminho das drogas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A ALMEIDA Júnior e COSTA JÚNIOR, JB de O. **Lições de Medicina Legal**. 20ª edição. Ed. Companhia Editora Nacional. São Paulo. 1987

AMÉLIA, Clara e COSTA, Antônio M. Droga. **A fina flor do Crime**. São Paulo: Ed. Jornal Paulista Ltda. 4ª Edição, 1987.

ANDRADE, Arthur Guerra; NICASTRI, Sérgio; TONGUE, Eva. **DROGAS: Atualização em Prevenção e Tratamento**. Editado sob o patrocínio de PNUCD (Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas.) s.d.

BRASIL, Governo do Estado de São Paulo. Secretaria da Justiça e da defesa da cidadania e conselho estadual de entorpecentes (CONEN), **SOS CRACK . Prevenção e Tratamento** São Paulo, gestão 97/99

BRASIL, Ministério da Marinha. **Tóxicos**. Boletim do Centro de Informações da Marinha. agosto de 1972.

BOLSANELLO, Aurélio. **Biologia**. 1ª ed. São Paulo. Educacional Ltda, 1973, v2

BUCHER, Richard. **Drogas, o que é preciso saber para prevenir**. 3ª ed. São Paulo: Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo, 2003.

CAMINHO SEM VOLTA. **Livreto educativo**. DENARC/DIPE. São Paulo.s.d. 2009.

CARVALHO, Fernando Varella . **Uso contínuo ou associado de drogas. Uso de drogas depressoras e estimulantes**. Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo. 1987.

CARVALHO, Fernando Varela de et all. **Drogas, por três penas. Aspectos farmacológicos, educacionais e comunitários**. 2ª ed. v.1. Coleção Argo. São Paulo: 1998.

CAVALIERI, Ana Lúcia Ferreira. egypto, Antonio Carlos. **Drogas e Prevenção: A cena da Reflexão**. 4ª Ed. Ed. Saraiva. São Paulo. 2004.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. **Jogo de folhetos explicativos sobre drogas psicotrópicas.** São Paulo. CEBRID/EPM. S.d

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. **Livreto Informativo sobre: Drogas Psicotrópicas.** São Paulo.

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. **I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil.** São Paulo. 2001.

COHEN, Miriam. **Tudo sobre drogas.** Nova Cultural Editora. 1988.

CORAZZA, Alberto. **Manual de palestras. Drogas – Morte Total e irrestrita.** Divisão de Prevenção e Educação do DENARC.

COSTA LEITE, Guerra de Andrade e colaboradores. **Cocaína e Crack.** S.P. s.d.

Drogas: Aspectos Penais e Criminológicos. Coordenador Miguel Reale Júnior, Alberto Zaccharias Torne t al. Primeiro Encontro de Mestres e Doutores do Departamento de Direito Penal da Faculdade de Direito da USP. Rio de Janeiro – Forense. 2005

CROCE, Delton, CROCE JÚNIOR, Delton. **Manual de Medicina Legal .5^a** ed. Ver. e ampl. São Paulo. Saraiva. 2004.

DEL CAMPO, Eduardo Roberto Alcântara. **Medicina Legal.** São Paulo: Saraiva, 2008. Coleção Cursos e Concursos.

DENARC. **Drogas Caminho Sem Volta. Expediente.** Empresa Jornalística Inter Ltda. Edição nº 11, 2007.

FERRARINI, Edson. **Vencedor não usa drogas. Orientações sobre o uso de drogas e alcoolismo.** Book Gráfica & Editora. São Paulo. s.d..

FERRARINI, Edson – **Nossos Filhos Longe das Drogas e do Álcool. Orientação para toda família.** Book Gráfica & Editora. São Paulo. s/d.

FERRARINI, Edson – **Nossa Crianças longe das Drogas. São Paulo. Livro para escrever, desenhar e pensar.** Educativo. s/d

FERRARINI, Edson – **Ser Feliz: O grande Momento.** Editora Luxor. São Paulo.s/d

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa.** Nova Fronteira 2000.

FRANÇA, Genival Veloso de. **Medicina Legal**, 7ª. São Paulo: Ganabara Koogan, 2004

FREIRE, Paulo. **Pedagogia e autonomia.** 24ª edição, Paz e Terra.

FONSECA,Alexandre Guerreiro da . **Tóxicos: O que são, o que causam e como evitá-los.** São Paulo. Ed. Santuário Aparecida . 1986

Galduróz, José Carlos F. *et all.* **Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** CEBRID. .Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. São Paulo. 2003.

Galduróz, José Carlos F. *et all.* **V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras.** Secretaria Nacional Antidrogas. Gabinete de Segurança Institucional. CEBRID. São Paulo. 2004.

GIUSTI, J. S. ; SANUDO, A. ; SCIVOLETTO, S. **Diferenças no padrão de uso de drogas adolescentes do sexo masculino e feminino em tratamento** . Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo, v. 24, p. 80-82, 2002.

GRAEFF, Frederico G. **Drogas psicotrópicas e seu modo de ação.** 2ª edição, Pedagógica e Universitária Ltda, São Paulo: EPU, 1989.

GRECO FILHO, Vicente. **Tóxicos: Prevenção- Repressão.** São Paulo. Ed. Saraiva. 1996.

HERCULES, Hygino de C. **Medicina Legal. Texto e Atlas.** São Paulo. Editora Atheneu. 2005.

ILANUD. Instituto Latino Americano das Nações Unidas para a Prevenção do Delito e tratamento do Delinquente. Revista. **As Drogas Ilícitas em São Paulo.** Revista nº 15. Imprensa Oficial. 2001.

Jornal Informativo. **Atividade Policial – Cocaína.** ano XIII, nº 24, ano 2000.

JESUS, Damásio E. de. **Lei Antitóxicos Anotada.** São Paulo. Ed. Saraiva. 1997.

JOHANSON, Chris- Ellyn. **Tudo sobre Drogas – Cocaína.** São Paulo. Nova Cultural. 1988.

LARANJEIRA, Ronaldo *et all.* **Drogas – Maconha. Cocaína e crack.** 2008.

LEITE, Marcos da Costa. **Conversando sobre a cocaína e crack. 2ª ed. Brasília. Presidência da República.** Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. 2001.

LONGNECKER, Gesina L. **Como agem as drogas.** Quark Books disponível em: www.antidrogas.com.br Acesso em 15-09-2006.

MAGNO, Luiz Carlos Freitas. **Prevenção: Acredite, você pode vencer.** São Paulo. Empresa jornalística RJR, 2003.

MARANHÃO, Odon Ramos. **Intoxicação por maconha.** Revista da Escola do Serviço Penitenciário. Vol.1 nº 4 (jul/set. 1990) Porto Alegre. 1989. Trimestral.

MARANHÃO, Odon Ramos. **Curso Básico de Medicina Legal.** 8ª ed. 7ª tiragem. São Paulo. Malheiros Editores. 2000.

MELO, Dirceu Antônio Leme de. **Drogas: Vida e Morte.** Vitória. Ed. Lettera, Ministério da Saúde (SITE). 1996.

MURAD, José Elias. **Desafio das Drogas no limiar do século XXI.** Ed. Renes. Rio de Janeiro. 1971.

MYLBY, Jessé B.A. **A Dependência de drogas e seu tratamento.** 1ª edição. Ed. Pioneira. 1988.

PACHECO, José Ernani de Carvalho. **Tóxicos.** 6ª edição. Juruá Editora. Curitiba. 1997.

PINTO, Flávio Barros {dir] **Era uma vez... o corpo humano: O fígado**. Rio de Janeiro: Globo S/A, 1995.

PRIGADÃO, José Neube. **Mostrar Caminhos. Prevenção ao Abuso de Drogas e Recuperação**. 3ª ed.. Edições Loyola. São Paulo. 1999.

PRINTES, Dr. Carlos Delmont. **Entrevista**. Revista Isto é. Número 1562. São Paulo. de 18 de setembro de 1999.

RANG, H.P. et all. **Farmacologia**. 4ª ed. Reação de Patrícia Josephine Voeux. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S.A. 2001.

REZENDE, Joffre M. de. **Linguagem Médica: Grod. Fármaco, Medicamento, remédio. Reproduzido do livro linguagem médica**, 3ª ed. AB Editora e Distribuidora de livros ltda disponível em <http://usuários.cultura.com.br/jmrezende/droga.htm>.

ROCHA, Luiz Carlos. **As Drogas**. São Paulo. Ática. 1987

SANCHEZ, Amauri Mário Tonucci. **Drogas e Drogados: O indivíduo, a família e a sociedade**. 2ª ed. São Paulo. Editora Pedagógica e Universitária Ltda. 1945

SILVEIRA, Dartiu Xavier. **Um Guia para a Família**. Brasília: Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas, 2002

SOLLERO, Tereza et all **Abuso de Drogas**. Revista Cérebro e Mente. Janeiro/março. De 1999. publicado em 18 de jan. Disponível em www.cerebromente.org.br/08/doença/drugs/abused_02.htm.

TONGUE, Eva. **Visão Geral dos Problemas das Drogas no Mundo**. 1998.

TIBA, Içami. **Respostas sobre drogas**. 3ª ed. Edit. Scipioni, SP. 2000.

UNIAD , **Unidade de Pesquisa em álcool e drogas**. Departamento de psiquiatria da UNIFESP, 1987.

VIEIRA, João da Silva. **Tóxicos**. Companhia Editora Forense. Rio de Janeiro. 1988.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária <http://www.anvisa.gov.br>

ⁱ Professora Doutora de Medicina Forense do Departamento de Direito Penal, Medicina Forense e Criminologia da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo
Professora Titular de Medicina Forense da Faculdade de Direito da Universidade Presbiteriana Mackenzie