



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

MARCIANA ANDRÉIA PINTO

**GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK:
REFLEXOS NO DESENVOLVIMENTO FETAL E NEONATAL**

ARIQUEMES - RO
2014

Marciana Andréia Pinto

**GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK:
REFLEXOS NO DESENVOLVIMENTO FETAL E NEONATAL**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: M^a. Lais Ayres Seixas

Ariquemes - RO
2014

Marciana Andréia Pinto

**GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK:
REFLEXOS NO DESENVOLVIMENTO FETAL E NEONATAL**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do Grau de Bacharel

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientadora: Ma. Lais Ayres Seixas
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Esp. Silvia Michelly Rosseto
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof. Esp. Mariana Ferreira Alves de Carvalho
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Ariquemes, 10 de julho de 2014.

Ao meu grande pai ALBERI FONTANINI
PINTO (in memoriam), que mesmo nas poucas
lembranças, guardo comigo o orgulho de ser sua
filha.

AGRADECIMENTOS

Venho através de essas letras agradecer primeiramente ao PAI CELESTIAL, por ter me dado força em chegar até aqui, agradecer ao meu ex-esposo, Manoel de Sousa e Silva pelo apoio, carinho e compreensão, por ter me mostrado que o caminho era longo, mas que eu era capaz de chegar e eu cheguei! E como agradecer ao menino mais lindo do mundo, obrigada por ser esse filho incrível que você é obrigada pelos carinhos que me dá, obrigada por toda proteção, obrigada Vitor Manoel por ser o meu filho a mãe Te Ama.

Obrigada a minha eterna mãezinha Dejanira Pinto pelos ensinamentos, pelas brigas que só me fizeram a ser uma mulher de verdade, obrigada por me educar, por nunca deixar a peteca cair, obrigada por cuida de mim na ausência do meu pai.

Obrigado aos meus irmãos, “Amauri Pinto, Bernadete Pinto, Guilherme Pinto, Jorge Pinto, Paulo Pinto, Marcelo Pinto, Luiz Pinto e em especial ao meu espelho que sem ela eu não seria ninguém Obrigada Maria Beatriz Pinto por confiar em mim me proteger me aconselhar nos momentos em que eu mais precisei na minha vida, por me ouvir nas madrugadas de desesperos, nos meus dias solitários, obrigada por ser a minha adorável irmã, eu te amo Bia.

Agradeço as minhas amigas e companheiras por estar presente em minha vida, Fabiola Ronconi, Barbara Ronconi, Patrícia Demetrio, Erica Rufino, Eriscleia Rufino, Marta de Souza, Ana Rita, Krishnamurt Santos, Regina Silva, e minha amiga e Co-orientadora Carolina Melo, como se diz a musica, AMIGAS PARA SEMPRE IREMOS SER...

Ao meu namorado Jhony Demetrio por estar ao meu lado me apoiando sem medir esforços para me ver feliz, amo muito você.

As queridas professoras Denise De Angelis, Silvia Rossetto, Sharon Fernandes, Mônica Freiburger, Laís Ayres, Sonia Carvalho, Dr^a Helena Meika, Dr^a Rosani Alves, obrigada por todos os ensinamentos, por toda confiança, apoio e oportunidade de vivências profissionais.

Só é digno da liberdade, como da vida, aquele que se
empenha em conquistá-la.

(Johann Goethe)

RESUMO

A utilização do crack no período gestacional atinge diversos segmentos da população não discriminando nível socioeconômico, cultural, étnico e faixa etária. Ainda hoje é difícil avaliar os efeitos do crack na gestação uma vez que estudos de Coorte exibem problemas como à apresentação a múltiplas drogas, problema de acompanhamento e relevo destas gestantes, visto que a maioria tende a negar o uso de entorpecentes, substâncias psicoativas. Assim, percebe-se que o uso do crack é uma ampla problemática para a saúde pública, refletindo de modo assustador na sociedade em que vivemos. Entre as gestantes este problema recebe ainda mais seriedade, pois a exposição desta população às drogas pode levar ao comprometimento irreversível. O objetivo geral deste estudo baseou-se em destacar os reflexos no desenvolvimento do neonato em gestantes usuárias do crack, seguindo como objetivos específicos à descrição dos aspectos gerais da cocaína; demonstrar as reflexões a cerca do crack e ainda determinar as complicações obstétricas, fetais e neonatais em gestantes usuárias de crack. Este estudo foi desenvolvido em duas fases. A primeira fase consiste em uma pesquisa bibliográfica, ocorrendo por meio de consulta nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Manuais e Boletins do Ministério da Saúde. Foram utilizados os Descritores controlados da Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: Gestante, Crack, Desenvolvimento Fetal e Neonatal. A pesquisa bibliográfica teve início em abril de 2012 e estendeu se até outubro de 2013. A segunda foi leitura e organização do material. Deste modo, percebeu-se que a enfermagem tem uma participação importante, principalmente, desenvolvendo planos de atendimento com objetivos claros, visando ajudar a gestante a readquirir seu equilíbrio.

Palavras-Chave: Gestante, Crack, Desenvolvimento Fetal e Neonatal

ABSTRACT

The use of crack cocaine during pregnancy affects different segments of the population not discriminating socioeconomic, cultural, ethnic and age level. Even today it is difficult to assess the effects of crack during pregnancy since cohort studies exhibit problems such as multi-drug presentation, problem tracking and relief of these pregnant women, since most tend to deny the use of the drug. Thus, it is noticed that the use of crack is a wider issue for public health, reflecting alarmingly in the society in which we live. Among pregnant women still get this problem more seriously, as the exposure of this population to drugs can lead to irreversible commitment. The aim of this study was based on highlighting the reflections in the development of the newborn in pregnant users of crack, according to the specific description of the general aspects of the Cocaine goals; demonstrate the reflections about the crack and also determine the obstetric, fetal and neonatal complications in pregnant users of crack. This study was conducted in two phases. The first phase consists of a literature search, occurring by querying the databases Scientific Electronic Library Online (SciELO), Virtual Health Library (VHL), Manuals and Bulletins of the Ministry of Health controlled descriptors were used in the Virtual Library health through the health Sciences descriptors Headings (MeSH), namely: Pregnant , Crack, Fetal and Neonatal Development . The literature review began in April 2012 and continued until October 2013. Was the second reading and organization of material. Thus, it was realized that nursing plays an important role, especially, developing care plans with clear objectives aimed at helping pregnant women to regain their balance.

Keywords: Pregnant, Crack, Fetal and Neonatal Development

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CEBRID- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CIUR- Crescimento Intrauterino Restrito

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DPP – Data Provável do Parto

EEG - Eletroencefalograma

ESF- Equipe de Saúde da Família

EUA -Estados Unidos da América

FAEMA – Faculdade de Educação e Meio Ambiente

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NE–Norepinefrina

OEA - Organização dos Estados Americanos

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

RN - Recém Nascido

SCIELO- Scientific Electronic Library Online (Biblioteca Eletrônica Científica Online)

SGO - Serviço de Ginecologia e Obstetrícia

SNA - Sistema Nervoso Autônomo

SNC - Sistema Nervoso Central

SNP - Sistema Nervoso Periférico

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS.....	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 ASPECTOS GERAIS DA COCAÍNA.....	14
4.1.1 A cocaína no Brasil.....	16
4.1.2 Efeitos da Cocaína no Organismo.....	18
4.1.3 Alterações Sociais e Psicológicas	21
4.2 REFLEXÕES A CERCA DO CRACK.....	24
4.2.1 O crack como derivado da cocaína.....	24
4.2.2 O Crack como problema de Saúde Pública	29
4.2.3 O profissional enfermeiro (a) frente ao dependente químico	31
4.2.4 Tratamento e prevenção	32
4.3 O CRACK EM GESTANTES.....	36
4.3.1 Complicações obstétricas	40
4.3.2 Complicações fetais e neonatais.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS.....	47

INTRODUÇÃO

Na vida da mulher existe um momento onde o mesmo está relacionado à reprodução humana, que é o diagnóstico da gestação, aquele que provoca as maiores emoções como alegria intensa e/ou tristeza profunda e sensação de desamparo. E promover a maternidade segura é um compromisso do Ministério da Saúde (MS) e de todos nós.

A utilização do crack no período gestacional atinge diversos segmentos da população não discriminando nível socioeconômico, cultural, étnico e faixa etária. Ainda hoje é difícil avaliar os efeitos do crack na gestação uma vez que estudos Coorte exibem problemas como à apresentação a múltiplas drogas, problema de acompanhamento e relevo destas gestantes, visto que a maioria tende a negar o uso da droga. (ARAÚJO et al., 2010).

Assim, percebe-se que o uso do crack é uma ampla problemática para a saúde pública, refletindo de modo assustador na sociedade em que vivemos. Entre as gestantes este problema recebe ainda mais seriedade, pois a exposição desta população às drogas pode levar ao comprometimento irreversível da integridade do binômio mãe-feto. Identificar gestantes no pré-natal é importante para um possível diagnóstico do problema e para a intervenção eficaz em cada caso. (SEGATTO, 2012).

Embora se saiba que o MS ainda não tem estatísticas sobre o número de gestantes viciadas em crack no Brasil, Segatto (2012) demonstra que de acordo com o Censo do IBGE de 2010, o país tem mais 1,2 milhões de usuários da droga.

Desta forma, esta revisão se propõe a abordar o problema realizando uma análise dos dados de literatura e comparando com os reflexos no desenvolvimento do neonato em gestantes usuárias do crack. Portanto, questiona-se: quais são as consequências da utilização do crack no desenvolvimento do neonato?

Diante do exposto, portanto, o tema delimitado para este estudo é pertinente de investigação, pois o consumo de crack durante a gestação aumenta o risco de complicações tanto para mãe quanto para o feto, justificando assim estudo de meios para a promoção da saúde destas gestantes e seus conceitos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Destacar os reflexos no desenvolvimento do neonato em gestantes usuárias do crack.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever os aspectos gerais da cocaína;
- Demonstrar as reflexões a cerca do crack;
- Determinar as complicações obstétricas, fetais e neonatais em gestantes usuárias de crack.

3 METODOLOGIA

Este trabalho de conclusão de curso se constituiu por meio de uma revisão da literatura sistemática e atual. O estudo sugerido evidencia-se como descritivo exploratório de investida qualitativa na qual busca a compreensão de uma realidade específica relativo ao fenômeno de abordagem possibilitando o trabalho em suas esferas por meio de descrições minuciosas em que são captadas percepções de seu contexto global. Seu foco não é quantificar, porém explicar distinções das relações sociais as quais se procura delinear um senso comum e positivo. (MINAYO, 2004).

Este estudo foi desenvolvido em duas fases. A primeira fase consiste em uma pesquisa bibliográfica, ocorrendo por meio de consulta nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Manuais e Boletins do Ministério da Saúde. Foram utilizados os descritores controlados da Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), a saber: Gestante, Crack, Desenvolvimento Fetal e Neonatal. A pesquisa bibliográfica teve início em abril de 2012 e se estendeu até outubro de 2013. A segunda fase foi a leitura e organização do material no período de novembro de 2013 a abril de 2014.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, publicados em língua portuguesa, inglesa e com textos completos que abordem a temática estudada. O critério de exclusão utilizado foram publicações que não correspondiam ao objetivo do estudo, e que se encontravam sob a forma de resumo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ASPECTOS GERAIS DA COCAÍNA

Períodos em que assemelha ao excesso de cocaína têm acontecido pelo mundo por mais de cem anos. Esta substância é o fundamental alcalóide do arbusto *Erythroxylon coca*, sendo encontrado ao leste dos Andes e adiante da Bacia Amazônica. É cultivada em clima tropical a altitudes que variam entre 450m e 1.800m supra a superfície do mar. (FERREIRA e MARTINI, 2001).

A cocaína tem uma origem histórica bastante rica. Apesar deste alcalóide não ter sido removido até meados do século XIX, canchas arqueológicas no Peru acharam folhas de cocas alocadas junto às sepulturas, notando seu estilo já datado de 2.500 anos atrás. Este ritual é preservado até hoje pelos índios peruanos, pois acreditam ser um artifício imprescindível para o além da vida. (BAHLS e BAHLS, 2002).

A palavra coca deriva da língua aymara, significando planta ou árvore. A civilização inca, originária da região de Cuzco, cultivou e estabeleceu o consumo da coca, conservando-se algumas lendas distintas sobre sua origem: na tradição incaica, o primeiro inca, Mango Capac, o dito filho do Sol, declinou do céu em direção ao lago Titicaca para doutrinar os homens várias artes, como a agricultura, por exemplo, além de lhes presentear-lhes com as elementares sementes, tornando-os bons para tolerar o cansaço e a fome. (FERREIRA e MARTINI, 2001; LEITE, 1999).

Em países onde acendia ou cultivava-se o arbusto da coca, os habitantes indígenas também acreditavam na origem divina desta planta, tanto que os vigários destas tribos preservaram por muitos séculos a reminiscência de venerar a seus deuses usando folhas de coca, tradição esta observada ainda hoje, em contextos religiosos das populações indígenas do Peru, Bolívia, Colômbia e Equador. Desde tempos remotos percebe-se o emprego destas folhas a razões religiosas ou relaciona-se ao aumento da capacidade de trabalho devido à ação psicoativa proporcionada pelo alcaloide contido nas folhas, a cocaína. A ancestral técnica de mascar as folhas ainda hoje é perfilhada por suavizar ou mesmo tirar a fadiga e a fome. (BAHLS e BAHLS, 2002).

O consumo da coca se difundiu na América colonial dentre os índios, pois anteriormente o uso era privilégio da nobreza inca. O entendimento de que os índios só conseguiam realizar o trabalho pesado com o uso da coca debelou a aversão da Igreja católica quanto ao consumo. Em 1569, o rei espanhol Felipe II declarou que a ação de mascar coca era fundamental para a saúde do índio. (BUCHER, 2007).

Os nativos da região fronteira da Venezuela, Colômbia e Brasil mantêm o hábito até hoje de mascar o "epadu", que é a folha torrada de coca misturada a elementos alcalinos. Nos Estados Unidos, durante praticamente todo o século XIX, a cocaína foi livre e entusiasticamente comercializada. (LEITE, 1999).

Era vendido nas ruas por 25 centavos de dólar cada grama ainda pura, ou conseguida já em formato industrializado pela Parke Davis Company em quinze formas diferentes, tais como cigarros, pó, preparado para injetar e pastilhas. Era indicada para dores, cansaços, substituto alimentar, entre outras. Entre os anos de 1886 a 1900 que a cocaína foi incluída na fórmula do refrigerante Coca-Cola. (CARLINI et al, 1996).

A então cocaína já era apreciada pelos indígenas dos elevados vales dos Andes, posteriormente desvirtuada na Europa por conquistadores, foi nos meados do século XIX, sintetizada na Alemanha, sob a forma de pó branco solúvel, semelhante à atropina. Foi então testada e usada em vinhos tonificantes e nos Estados Unidos da América (EUA), passou de 1886 a 1903, a fazer parte da Coca-Cola. (GUIMARÃES et al., 2008).

A partir de 1984 surgiu no Bronx (um bairro da cidade de Nova York) - EUA, outro derivado químico extraído da pasta de coca, uma espécie de pasta branca sob o desenho de pedras ("rock"), assim como aquecido estoura e crepita, dando origem ao nome "crack". Também é conhecido como "free base" (baselivre). O uso da droga produz dependência psíquica e não física geralmente associada a outras drogas, produzindo sensação de euforia, seguida de depressão e depois de "fome de droga". (STRATHEARN, 2010).

4.1.1 A cocaína no Brasil

No Brasil, a cocaína era legalmente comercializada no início do século XX, como parte integrante na formulação de remédios ou na sua forma pura. Por exemplo, propaganda publicada na Gazeta Médica de São Paulo, em 1910, proclamava a mercearia de cocaína para tosses, laringites, etc., dizendo que quem comprasse na farmácia um frasco ganharia uma caixinha para guardar os comprimidos no bolso. (CARLINI et al., 1996).

No ano de 1914, foi firmado o chamado Harrison Act, que na conjuntura norte-americana figurava a Lei-Seca, restringindo a disponibilidade da cocaína para a população. A ampla escala de dispêndio de cocaína notada entre o final do século XIX e início do século XX entra em declínio. A cocaína, na visão social modificou-se em 30 anos, de um tônico anunciado sem efeitos colaterais para uma droga com restrições muito severas. (LEITE, 1999).

Bem no princípio do século 20 a sociedade e a imprensa brasileira, incidiram também, em focar o emprego de cocaína com preocupação (isto sob influência das questões norte-americanas). No corpo do artigo “Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente de Carlini-Cotrim datado de 1996, desenvolveu a ideia de que, em volvo do ano de 1914, a cocaína passou por uma mudança de lugar no imaginário social brasileiro e começou a ser vista como um comércio perigoso, que ameaçava a integridade e a vida das pessoas. Acreditam os autores que devido aos clamores da imprensa e da sociedade em geral, o Congresso Nacional aprovou o Decreto-lei 4.292, em 06/07/1921 que, entre outras coisas, estabeleceu: a) penas como prisão e multa para as transgressões na venda de cocaína e de qualquer outra droga; b) invenção de recinto especial para terapêutica de dependentes. (BAHLS e BAHLS, 2002).

Interessante notar que nos quarenta anos seguintes, pouca cocaína foi apreendida pela polícia brasileira, bem como, as internações por uso dessa substância foi quase inexistente. No ano de 1962 é improvisada a primeira classificação nacional sobre internações por dependência de drogas. Nosso país com cerca de 70 milhões de habitantes (na época) apresentou, em seus 187 hospitais psiquiátricos, apenas 4 casos de internação por problemas decorrentes de uso de cocaína, contra mais de oito mil casos de internação por alcoolismo. (CARLINI et al., 1996).

Entretanto, observou-se o ressurgimento da disponibilidade e do consumo da cocaína nos anos 70 nos Estados Unidos da América. Primeiro, uma considerável parte da população nasceu e cresceu em meio ao consumo de drogas. O consumo de maconha e alucinógenos na década de 1960 por um grande número de jovens norte-americanos resultou na diminuição do temor das restrições legais. Segundo, desenvolveu-se um conceito social e médico de que o consumo de cocaína apresentava segurança em relação às consequências e não envolvia potencial de abuso ou dependência. (BAHLS e BAHLS, 2002).

Socialmente ocorreu uma apologia sobre o seu uso e artigos populares em revistas como Time e Newsweek sugeriam ser uma das maravilhas do mundo, a psiquiatria norte-americana considerou a cocaína como um euforizante benigno e se consumida duas ou três vezes por semana não causaria sérios problemas. O ressurgimento norte-americano do consumo de cocaína implicou, também, o que se observou no Brasil ao final de 1980 e início de 1990, quando constatou-se crescimento do consumo de cocaína na população brasileira. (CARLINI et al., 1996; LEITE, 1999).

Quatro estudos abrangentes realizados sob a direção de E. A. Carlini, através do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, compreendem os levantamentos nacionais sobre uso de drogas entre universitários de dez regiões metropolitanas do Brasil (1987, 1989, 1993 e 1997). O uso da cocaína tem demonstrado aumento preocupante, pois apresentou um padrão de consumo (uso na vida) crescente de modo significativo. A cocaína quadriplicou neste período, passando de 0,5% em 1987 para 2,0% em 1997. (GALDURÓZ et al., 1997).

Quanto às internações no Brasil por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas, no período de 1988 a 1999, as causadas por cocaína e seus derivados foram as que mais cresceram, passando de 0,8% (em 1988) para 4,6% (em 1999). Para a maconha, o número de internações diminuiu no final da década de 1980, atravessando a década de 1990 com oscilações. No entanto, os estudos populacionais apontam para um crescente consumo de maconha no Brasil. (NOTO et al., 1997).

Este fenômeno, no que diz respeito ao crescimento do consumo por um lado e a diminuição de internamentos por maconha por outro, poderia estar refletindo um posicionamento menos radical por parte da família e dos profissionais de saúde

responsáveis pelo encaminhamento dos casos de consumo de maconha para internação. Outra possível explicação para esta mudança seria a de que o aumento das internações por consumo de cocaína estaria ocultando aquelas por uso de maconha. (NOTO et al., 2002).

Uso na vida é a categoria estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para a utilização de um conteúdo psicoativo por pelo menos uma vez na vida. Em populações exclusivas, assim como as crianças de rua espalhadas nas grandes cidades, a cocaína é de forma proporcional consumida absurdamente relatos em 46,5% dessas crianças na cidade de São Paulo. (LEITE, 1999).

Com o surgimento do crack, durante a década de 1990, descreve que o consumo de cocaína, na forma de crack ou não, e suas consequências, têm crescido substancialmente. Um levantamento em 682 prontuários de adolescentes internados no ano de 1999 por uso de drogas em Curitiba encontrou-se que as substâncias mais utilizadas foram a maconha (69,7%), a cocaína na forma de crack (49,7%) e o álcool (38,8%), seguidos de cocaína na forma de pó (28,7%). Considerando-se a cocaína conjuntamente com seus derivados, no caso o crack, somaria então 77,7% de internações por cocaína e seus derivados. O estudo levantou alguns prejuízos nestes adolescentes e, o abandono escolar, por exemplo, foi encontrado, através da descrição em prontuários clínicos, em 62,4% da amostra. (ALVES, 2001).

4.1.2 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, pois, grande parte das ações e sensações abrange os dois os sistemas. Quando uma pessoa pega um objeto, apesar de a ação nervosa final ocorrer na periferia, envolve a concessão entre um músculo e um nervo, a coordenação deste ato ocorre no SNC. (FERREIRA, 2009).

Embora o sistema nervoso se relacione com o domínio dos papéis motores e com o atendimento dos estímulos sensoriais, existe um sistema especializado, o Sistema Nervoso Autônomo (SNA) que mantém e controla os desempenhos orgânicos como dos pulmões, do coração, e do sistema digestivo. Esse controle é

exercido pelo sistema simpático e parassimpático que são autônomos e agem 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. (DUARTE, 2012).

A finalidade anestésica gerada pela cocaína acontece conforme sua intervenção em sua transmissão de informação entre os neurônios, impedindo a permuta dos íons de sódio e potássio dentro das fibras nervosas. Deste modo, o abalo não consegue se mexer transversalmente pelo neurônio derivando na impossibilidade de comunicação entre eles. Sua utilização no campo cirúrgico antigamente se deu 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. (PIMENTA et al., 2007).

Além do efeito anestésico local e vasoconstritor a cocaína também aumenta os fins dos neurotransmissores capazes de ativar o sistema nervoso simpático. Estes neurônios após acionados permitem que o neurotransmissor norepinefrina (NE) que age a propósito de os receptores individualizados de outros neurônios alocando-os em atividade, isto é, age como estimulante. O resultado da NE sobre os receptores é dificultado por um organismo que faz o neurotransmissor regressar para a célula nervosa de onde foi desprendido inicialmente. A cocaína bloqueia esse regresso, logo o resultado estimulante da NE acresce uma vez que existe maior coleção e por um tempo maior de NE presente na área receptora. (NOTO et al., 2003).

Nesta observância, percebe-se que esta substância intervém em qualquer parte de atuação do NE e, o sistema do corpo mais afetado pelo seu uso, é o sistema cardiovascular, pois, mesmo em porções reguladas ela faz com que a pressão sanguínea aumente em decorrência ao seu ato vasoconstritor, além da frequência cardíaca em virtude do acréscimo dos graus de NE e epinefrina, que agem espontaneamente no coração. São estes efeitos que fazem com que a cocaína seja mortal, ou seja, causa insuficiência cardíaca. (CARLINI et al., 1996).

A NE atua não só no sistema nervoso autônomo, mas igualmente no cérebro e estas consequências são alargadas pela cocaína, por conta da capacidade que esta tem de bloquear a ação restituidora do mecanismo do NE em relação ao nervo, e ainda o regresso de diversos neurotransmissores para o cérebro, como ocorre

com a dopamina. Isso esclarece o caso da cocaína ser considerada como um excitante psicomotor. Exames de EEG que gravam impulsos elétricos do cérebro comprovam que após a utilização de cocaína, há um aumento da rapidez elétrica de partes do cerebelo relacionadas à disposição, emoção e sensações de prazer. (DUARTE, 2012).

A cocaína causa ainda efeitos psicológicos, estes variam de acordo com a dose consumida, o meio ambiente, a via de administração, as características e as experiências do usuário. Aqueles que usam por diversão buscam a euforia. Estudos 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. (DUARTE, 2012).

Na verdade, com o uso contínuo a euforia torna-se normalmente inatingível oferecendo ambiente favorável a uma impressão de abatimento e desprazer. Muitos “apagam” logo depois do primeiro “voo”, ou sentem sonolência, irritação, depressão e apatia. Diante destes resultados negativos a pessoa é obrigada a fazer uma nova dose e, é de tal modo que abrolha o quadro de dependência. Embora se tenha conhecimento deste evento, ainda não foi confirmado 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). (FERREIRA, 2009).

Não há relatos de dores pelo corpo, cólicas, náuseas acentuadas, enfim reações físicas. O que na realidade ocorre é que o indivíduo se encontra em um estado de imensa ansiedade, almejando por mais e mais doses da droga para mais uma vez experimentar suas sensações tidas como agradáveis e não somente para abduzir a aflição física caso realmente houvesse uma síndrome física de abstinência. Podem surgir lesões cerebrais graves, sendo a mais 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 encarar um entrave na distinção das psicoses ocorridas pelo uso de drogas e do distúrbio psiquiátrico. (NOTO et al., 2002).

Sem a acessível disponibilidade da droga, o dependente almeja a droga, sua letargia se prolonga, começa a sentir fadiga, seu apetite volta e então a sensação de depressão, onde, firma-se com este comportamento um grave quadro de acoplamento psicológico. Em uma nova tentativa de uso, o coração é quem se responsabiliza por distribuir a droga por todos os órgãos, inclusive no fígado onde é metabolizada, e após esta metabolização agridem muitas células hepáticas, além de atingir também os rins. (DUARTE, 2012).

Cruz (2010) nos diz que do montante de indivíduos que buscam tratamento, uma média de 16% fumam a cocaína; 25% injetam a droga e 57% aspiram o pó. Alguns estudos têm indicado que o consumo por via endovenosa ou mesmo fumado leva ao uso compulsório e em pequenos espaços de tempo, contudo, grande parte dos pesquisadores garante que o crack quando utilizado de forma fumada é imensamente devastador.

4.1.3 Alterações Sociais e Psicológicas

As alterações que a droga causa por seu poder tóxico e uso compulsivo acaba acarretando problemas psicológicos e sociais indesejáveis. Em regra a atuação profissional cai e as relações interpessoais são extintas, pois existe uma perda do interesse pela vida social, permanecendo apenas aqueles que fazem parte do 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 começo faziam uso em associação com outros drogados, mas com o decorrer do tempo, passaram a fazer uso sozinho. (DUARTE, 2012).

De modo há uma inabilidade de se relacionar sexualmente, esta é uma das principais lamentações dos usuários já tidos como crônicos. Como os efeitos afagáveis da droga enfraquecem com o uso sucessivo, sendo trocados por efeitos indesejáveis, é bem provável que, para o consolo destas seja necessário o acréscimo do consumo de forma que o dependente acaba perdendo o controle. (KESSELER et al., 2007).

Os sinais da psicose seguem de paranóia, alienação por perseguição, delírios visuais e auditivos. Há grande irritabilidade, paranóia e tensão associado ao uso longo de doses elevadas de drogas. Com esse fenômeno, estímulos elétricos que antes seriam incapazes de provocar espasmos chegam a provocar convulsões musculares. Neste sentido, estes estímulos podem ser os responsáveis pela psicose tóxica e pela hipersensibilidade, por vezes acontecendo depois do uso repetido, fator estimulante do SNC. (DUARTE, 2012).

Os usuários não são capazes de resistir à cocaína quando ela está de algum modo disponível e, igualmente, perdem o controle de suas vidas. É muito corriqueiro o costume de ficar consumindo por mais de 24 horas sem parar, não dando estima à alimentação, trabalho, familiares, amigos e mesmo ao sexo. Estes usuários compulsivos tendem a apresentar uma diminuição em seu grau de sociabilidade e no desempenho normal de várias funções. O paradoxo é que ainda que saibam que a droga provoca sequelas adversas no seu bem estar, seus relacionamentos sociais e interpessoais, e nas suas carreiras profissionais, a preocupação básica dos viciados é a de abrandar as impressões desagradáveis. (SILVA, 2007).

Silva (2007) diz ainda que os usuários de cocaína, geralmente não tem vontade de se livrar das drogas, pois acreditam deixar de ter os efeitos alucinantes e, ficam sonhando com os efeitos bons iniciais. A classe social do viciado sofre modificações, 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. Dilapidam 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 incomum, muitos dependentes são forçados 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.

A admissão do álcool em concomitância com as drogas pode trazer um efeito devastador, inclusive por razões fisiológicas. Onde, mesmo a droga ou o álcool são metabolizados no fígado, contudo, se as duas substâncias permanecerem juntas na circulação sanguínea, o primeiro a ser metabolizado é o álcool, e a droga pode ficar circulando, sem alterações, por um período 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 incidentes automobilísticos estão cada vez mais conectados ao uso de drogas e álcool. A aflição da família é imensa e a desagregação é fatal; tudo é destruído ao redor do viciado; ele não sofre sozinho. (CAVALIERI e EGYPTO, 2004).

Cavaliere e Egypto (2004) afirmam ainda que o desemprego é previsível e com o calhar do tempo este indivíduo se torna cada vez mais um alvo fácil nas mãos dos traficantes, lhe sobrando somente o caminho do crime como 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. Ideias 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. O uso de drogas deriva de uma desordem psicológica não resolvida, 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. (DUARTE, 2012).

Leite (2001) afirma que o crack decai o ego, devasta valores da coexistência, jogando o sujeito em uma nova condição de conflito, no qual perde a condição de trabalhar, enfraquece fisicamente, sente-se vencido e marginalizado. A droga que primeiramente foi utilizada para induzir à saída do conflito primário não resolve, ao contrário, agrava o conjunto e fecha o círculo corrompido, induzindo o indivíduo ao abatimento total, à loucura ou mesmo à morte. O avalio do período de desenvolvimento da toxicofilia é confuso, porquanto este desenvolvimento depende

da constância e quantidade em que a droga é usada, natureza do tóxico, condições físicas do usuário e forma de uso.

O momento que compreende a adolescência até o princípio da fase adulta é a etapa da vida na qual há o maior risco para se inserir no mundo das drogas além de ser, uma fase da vida, onde é mais acelerado o progresso de uso. Este já é normalmente um período crítico, com distintas modificações externas e internas, caracterizada por um grande nível de aflição e stress. 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. Assim, nesta fase ocorre a curiosidade para experimentação de drogas além do álcool. (GIUSTI et al., 2002).

A cocaína está a 8ª posição entre as drogas de abuso em nosso país, 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 no decorrer da vida adulta, assim como o ampliação no número de usuários em 8 entre 10 capitais pesquisadas, percebendo-se que o aumento do uso entre estudantes chega a 80%. Existe também a probabilidade 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. (GALDURÓZ, 2004).

4.2 REFLEXÕES A CERCA DO CRACK

4.2.1 O crack como derivado da cocaína

O aumento do uso de drogas psicoativas, especialmente o álcool e a cocaína, usada no formato de pó ou de forma impura da pasta base, crack, merla e dispostos de forma distinta, podem ser fumados, e esta prática cresce cada vez mais entre mulheres em idade fértil, motivando inúmeros desafios médicos além de sociais frente a esta crescente relação do uso de drogas e a saúde materno-infantil. Embora não hajam dados seguros quanto a este uso indiscriminado drogas no período gestacional, existem relatos de que mulheres têm vergonha de expor o consumo de drogas. (ZILBERMAN et al., 2003).

Sob o formato de uma base, a cocaína é demudada em pedra, o crack, que é insuficientemente solúvel em água, desaparece quando acalorada, podendo, assim ser queimada e fumada em cachimbos. Existe também o meio de consumo em forma de base, a merla artigo sem purifico, disposto de modo mais áspero do que o crack, é muito corrompido com conteúdos empregados na sua comercialização, mas que pode do mesmo modo ser fumado. De fato, tanto o crack quanto esta substância denominada merla são subprodutos da cocaína. Por exibirem a aparência de pedra, como o crack, e em forma de pasta como a merla, e não podendo ser demudados em pó fino. (BAHLS e BAHLS, 2002).

Para que o crack passe do estado sólido para vapor é preciso uma temperatura baixa, 95°C, e por este motivo podem facilmente ser fumados, ao passo que a cocaína em pó necessita de 195°C. O crack apareceu nos fins da década de 70, entrou no mercado brasileiro no ano de 1988, contudo tornou-se popular somente por volta de 90. Primeiramente granjeou popularidade em São Paulo, sendo que a merla se destacou em Brasília. (DUAILIBI, 2008).

Hoje, no entanto, o uso de cocaína fumada expandiu-se, não só em nosso país e sim por todo o mundo, haja vista seu baixo preço além de fácil maneira de consumo, onde, há uma espécie de cachimbo arranjado ou ainda com a utilização de latinhas, e este episódio tem impelido para muitas preocupações por seu potencial de destruição. É apelidada de a “droga da morte”. (GABATZ et al., 2013).

Seu aparecimento se deve a duas teorias. Já nos anos 80 o comércio norte americano permaneceu carregado de cocaína, pois, sua procura era bem arredia por causa de seu alto custo, cerca de U\$ 30,00 a U\$ 50,00 o grama. De tal modo, os traficantes cunharam outro meio de empregar a cocaína, cujo custo, sendo bem mais em conta de U\$ 5,00 a U\$ 10,00, garantiria maior procura. Deram-lhe o nome de “crack”. Sua invenção se deve a um desenho de produção de cocaína mais rude, 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. (NAPPO, 2002).

Ao contrário das demais drogas, o crack não tem a sua origem ligada a fins medicinais, o crack abrolhou da cocaína, inventado por traficantes que vivem no interior das favelas ou mesmo em grandes cidades, sendo, assim, difícil demonstrar onde realmente ele apareceu pela primeira vez. O nome “crack” vem do sibilado que

faz quando está sendo queimado para ser consumido. O fumador de pasta de cocaína (merla ou crack) passa por determinadas etapas:

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 – Alucinações cocaínicas: 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. (TULLER et al., 2007).

A superdose (overdose) é mais corriqueira na fase primitiva, a fase onde ocorre estímulos como taquicardia e hipertensão ou na próxima fase, a fase de depressão, culminando em grande depressão respiratória e coma. O crack e a merla são cocaína, portanto, todas as sequelas geradas pelo uso endovenoso ou intranasal advêm igualmente com essas duas formas de uso, contudo, sendo fumadas, são mais fortes, atuam num prazo muito curto indicando uma aguda dependência psicológica. (CRUZ, 2010).

Quando estas substâncias são fumadas e chegam aos pulmões, são absorvidas de forma bem depressa, devido a grande superfície e vascularização desse órgão. Por meio do pulmão, cai na circulação alcançando o cérebro. Deste modo, o crack rapidamente percorre seu caminho para assim desferir seus efeitos. Contudo ao deixar de passar pelo fígado, acresce sua toxicidade, pois, este órgão serve como processador, ou seja, uma espécie de filtro. Por ter um alto poder de efetividade, o crack atinge em até 15 segundos seu ápice e com isto seus primeiros efeitos já evidenciados. (SILVA, 2007).

Entretanto, tem seu efeito rapidamente sentido e exaurido, durando em torno de 5 minutos. Este pequeno período de “prazer intenso” faz com que o indivíduo faça seu uso por repetidas vezes, com isso é observado um rápido quadro de dependência em relação ao uso de cocaína por outras vias. O usuário de crack descreve uma percepção de grande euforia. Este estado é tão vigoroso que

desaparece bem rápido, provocando imensa ambição de voltar a utilizar a droga frequentemente até que se acabe seu estoque de pedras. (MUKAD, 2009).

Este incessante uso de crack é avassalante, seus malefícios são rápidos e intensos. Em pouco tempo o indivíduo que faz uso desta droga encontra-se em extrema magreza e passa a se abster das noções fundamentais de higiene passando a apresentar uma aparência lamentosa, sendo 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. (SILVA, 2007).

Normalmente há queimadura nos lábios, língua e garganta. Bem corriqueiro é o aparecimento de problemas respiratórios, como a tosse, congestão nasal, expectoração de muco preto e muitos outros danos por conta destes fragmentos. Um quadro bastante encontrado em usuários de crack é o chamado “pulmão de crack”, onde, ocorre falta de ar, dor no peito e tosse sanguinolenta. Há dores de cabeça, tonturas, desmaios e palidez. Depois de muito uso, fato banal entre os viciados em crack, a efeito é de denso cansaço, depressão e desinteresse sexual. (GUIMARÃES et al., 2008).

A extrema condição de declínio em que se encontra o usuário de crack é visível quando se vê lugares como as famosas cracolândias, locais onde se ajuntam para poderem usar com mais naturalidade sua droga de escolha. Embora haja esforços por parte dos agentes governamentais, 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 marrom. Esta é uma droga altamente prejudicial aos pulmões, pois, adere nas superfícies do mesmo gerando a condição de fibrose pulmonar e no fígado causa hepatite tóxica, enfermidades decorrentes de seu arranjo com muitos outros compostos químico como a gasolina, ácido sulfúrico, gasolina, éter, cal virgem e até pó de giz. (DUAILIBI, 2008).

Misturado com a maconha, por exemplo, para ser consumido, o crack é apelidado de “baseado pesado”, é denominada por muitos como “bazuca”. Uma vez fumada destrói os neurônios, prejudicando a memória e a coordenação motora. Gera taquicardia clara e em casos extraordinários a morte por parada cardíaca. A droga é expelida pela pele, portanto a suor do dependente tem um cheiro muito

intenso e peculiar de éter, querosene e benzina. Depois de usar a droga o usuário diz sentir sensações desagradáveis como o cansaço é intenso e a depressão muito grande. É alucinante e mortal. (DUAILIBI, 2008).

A cocaína pode ser fatal em múltiplas ocasiões e, o mais banal é que a morte seja resultado de doses acima de 20mg. O que caracteriza a intoxicação aguda é a estimulação do SNC (inquietação, tremores e convulsões) seguida da depressão (colapso respiratório e cardiovascular). O uso da droga faz com que o músculo cardíaco despenda de muito trabalho, e por isso o risco de morte súbita em pessoas já com histórico de doenças cardiovasculares ou hipertensão é mais concreta. Existem episódios de embolias cerebrais que procedem do aumento da pressão sanguínea. (PLAVNIK, 2002).

O cérebro é muito lesado com o estreitamento dos vasos que a cocaína produz, podendo ser fatal. Estudos comprovam que a cocaína afeta o arranjo sanguíneo e os vasos por onde passa, aumentando o risco de formação de coágulos. O sangue permanece mais viscoso e circula com grande 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. (PLAVNIK, 2002).

Nos indivíduos que nascem sem a pseudocolinesterase, enzima necessária para o metabolismo da cocaína no sangue, é possível que ocorra a morte mesmo utilizando pequenas doses. Sua finalidade vasoconstritora, o estímulo sobre a regulação térmica e o aumento de atividade física pode induzir à hipertermia, colocando em risco a vida do usuário, porque, as células do cérebro bem como do resto do organismo tendem a morrer quando expostas a altas temperaturas. Mortes inesperadas ocasionadas por uma dose cavalari, a overdose, igualmente podem acontecer quando a cocaína é contrabandeada dentro do corpo o “bodypacking”. Às vezes os contrabandistas enchem sacos plásticos, bexigas ou preservativos com cocaína e os engolem. (PIMENTA, 2005).

Visto sua indigência anteriormente, essa enzima 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 igualmente pode proceder de forma indireta como nos casos de infecções e doenças adquiridas (hepatite B, a septicemia, endocardite bacteriana subaguda, AIDS e muitas outras). (PIMENTA, 2005).

4.2.2 O Crack como problema de Saúde Pública

Sendo problema de saúde pública, o crack tem se tornado cada vez mais frequente a divulgação de situações envolvendo crianças e adolescentes com esta droga. Ultimamente a cidade de Piracicaba, no interior de São Paulo foi foco dos noticiários, pois foi encontrado na mochila de uma criança de quatro anos (no interior da escola) pedras de crack, outro caso foi de uma mãe que chegou a acorrentar seu filho de 13 anos já viciado em crack, não encontrando outra escolha para abduzi-lo do uso da droga. (RUI, 2012).

O consumo de crack é um fenômeno que vem assolando todas as culturas humanas. Entretanto, as particularidades deste exacerbado consumo vêm se demudando expressivamente nas derradeiras décadas, trazendo riscos a vida, sendo mais um fator estressante, representação das variações nas classes culturais e sociais em decorrência do aumento do colapso econômico do país, o qual gerou desemprego e a ampliação da marginalidade.(RUI, 2012).

Na atualidade as drogas passaram de fascinantes, para tipo de mercadoria, igualmente sendo o problema é intricado de abordagem de saúde pública, pois o consumo de drogas supera os meros efeitos jurídicos e legais, tornando-se um problema integral da sociedade contemporânea. Fazem-se necessárias políticas públicas não só de prevenção, mas também de tratamento e reintegração dos usuários na sociedade. Em 27 de Outubro de 2005, foi confirmada a Política Nacional Antidrogas que tem por primazia a vigilância quanto ao uso de drogas ilícitas. (GIACOMOLLI, 2008).

Esta política repousa nos estreitos da responsabilidade partilhada, e na coordenação de esforços entre os diversos segmentos governamentais e sociais, em todos os planos, procurando sinergia na consequência das obras, no intuito de diminuir a oferta e o consumo de drogas do meio, além das implicações atribuídas do uso e do tráfico. (BRASIL, 2010).

É necessário analisar a importância do combate real e eficiente contra o crack dentro do contexto geral, seus conceitos, causas e efeitos. O que se pode fazer para melhorar e quem é o nosso público alvo. Qual está sendo o papel do governo federal, das autoridades constituídas e da sociedade em se combater esta droga. Que suporte está sendo oferecido aos usuários e familiares. Mesmo que difícil e com

poucos exemplos que sirvam de comprovação, é possível que um usuário de crack recupere-se do vício, pode não haver cura definitiva mais pode ser controlado. A epidemia mata e destrói famílias, mas pode ser vencida. (BRASIL, 2010).

Marangoni e Oliveira (2012) apontam para o fato da necessidade de se criar estratégias de atuação dos profissionais de saúde a serem trabalhadas junto das famílias que se encontram em situação de vulnerabilidade, pois afirmam haver ainda deficiências relativas à forma de acolhimento destas usuárias de drogas. Onde, após o reconhecimento do contexto sociocultural ao quais estas pessoas estão inseridas é possível sim identificar e abastar os fatores de risco que culminam para o uso indiscriminado de drogas, passo fundamental para a criação de estratégias de atuação das equipes de saúde junto a famílias e pessoas em situação vulnerável.

Ainda no mandato de Luiz Inácio Lula da Silva (ex-presidente), diante da grave situação que assola milhares de famílias o então Presidente da República Federativa do Brasil, mediante Decreto n. 7.179/2010, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Tendo este plano à obrigatoriedade de prevenir o uso, dispor à terapêutica e a reinserção do indivíduo na sociedade, além do combate ao tráfico de crack bem como de outras drogas ilícitas. Executar de forma descentralizada e integrada, reunindo esforços atrelando não somente cada município individualmente, mas sim os estado e União de forma constante nas ações de saúde, segurança pública, e assistência social observando a participação da sociedade, intersetorialidade, a integridade e a interdisciplinaridade. (ROCHA, 2010).

O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, dentre seus objetivos, deve articular, estruturar, integrar e ampliar as atuações voltadas à vigilância frente ao uso de drogas, apreciando o intercâmbio familiar e a atenção às crianças, adolescentes e públicos vulneráveis em geral. Precisa dar suporte às redes de atenção à saúde e inclusão social para estes indivíduos dependentes de crack assim como de qualquer droga que seja, através da junção das ações do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema Único de Saúde (SUS), apoiando as instituições governamentais e não governamentais abrangidos neste empenho frente à prevenção do uso de crack e drogas agregadas. (ROCHA, 2010).

Se tudo que foi decreto pelo ex-presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva for cumprido de fato, avanços significativos serão obtidos. O problema é que muitas coisas em nosso país ficam apenas no papel e na oralidade. O uso do crack

compõe um dos mais terríveis problemas de saúde pública mundial, considerando-se sua amplitude e prejuízos aos usuários, as suas famílias e a comunidade.

4.2.3 O profissional enfermeiro (a) frente ao dependente químico

Na terapêutica da dependência química possui vários estágios que seguem desde o acolhimento na atenção básica (Unidade Básica de Saúde - UBS) ou ESF (Equipe de Saúde da Família), por exemplo, até a internação em hospital psiquiátrico ou hospital geral, que é o nível de maior complexidade, e em todos estes níveis o enfermeiro está presente e se faz necessário. Esse profissional detém um conhecimento teórico/prático de fundamental importância no tratamento desses pacientes.

A ciência sobre as drogas – dosagens, danos, efeitos e formas de utilização – além dos fundamentos teóricos que almejam envolver o porquê do uso, fatores de risco, terapêuticas, fontes de risco e de assistência, populações em estado de vulnerabilidade além das políticas públicas, quesitos imprescindíveis a todos os que anseiam ingressar neste caminho. (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004).

Mais a frente a este conhecimento, o profissional enfermeiro possui grande proximidade com o paciente, em todos os graus de complexidade. Na atenção básica, principal porta de entrada dos serviços de saúde, o enfermeiro está apto a identificar possíveis problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, dentre elas o crack, e intervir, de maneira rápida, antes que o problema tome maiores proporções. Os enfermeiros são os que conservam maior contato com os usuários que utilizam dos serviços de saúde, com isso são aptos a reconhecer os problemas pautados ao uso de drogas. Estando pronto para delinear ações assistenciais. (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004).

Os mesmos autores supracitados afirmam que a forma como parte da enfermagem enxerga os usuários de drogas não difere muito do conceito que outras pessoas têm dos mesmos, muitas vezes designando-as como bêbados, pé de cana, viciado, sem caráter, depravado. É importante salientar, que para atuar com essa clientela é indispensável se despir de pré julgamentos e ver o indivíduo não somente como uma doença, mas também reconhecer o seu problema e enxergá-lo como indivíduo portador de um sofrimento e que necessita de cuidado. Uma atitude não julgadora é indispensável no tratamento com essas pessoas e este tratamento para

com o paciente é importante, pois alguns estudos já têm abordado a maior ou menor aderência de usuários de drogas ao tratamento de dependência química, visto que o cuidador é um fator decisivo à adesão do dependente aos serviços assistenciais.

Acredita-se que com o avanço da epidemia de crack e outras drogas em nosso país, prevenir é ainda a melhor alternativa, sendo assim entende-se que, mantendo o foco com desempenho dentro da família e na sociedade, permitindo assim ao profissional de enfermagem cunhar uma conexão com este público para melhor detectar e desenvolver estratégias de cuidados frente ao problema sem mediadores. (PILLON e LUIS, 2004).

Ainda para os mesmos autores, a experiência em outros países mostra que os novos padrões assistenciais disponibilizados à enfermagem, nessa área, tendo como finalidade a promoção de ações no campo comunitário estendendo sua assistência ao indivíduo e também à sua família e grupos específicos da comunidade. Adentrando um padrão voltado para a prevenção, mas não somente através de informações, do enfermeiro detentor do conhecimento para os leigos, e sim com atividades junto à comunidade, que aproxime a comunidade dos ofícios de saúde e que apertem os vínculos entre profissionais e clientela, será possível de alguma maneira, pelo menos, proporcionar qualidade de vida às pessoas que sofrem com a dependência química.

4.2.4 Tratamento e prevenção

Desde tempos remotos o ser humano já deixar-se levar por prazeres passageiros, proporcionados pelas substâncias psicoativas. Civilizações antigas já usavam substâncias que proporcionavam alteração da consciência, seja num ritual de caráter religioso ou simplesmente como costume social, não atrelado a nenhum ritual ou crença. Contudo, é indispensável elencar os costumes e hábitos de cada sociedade, para direcionar cada cultura quanto ao uso de drogas em cerimônias grupais, festas e rituais, sendo que, comumente, este consumo estava limitado a pequenos bandos, acontecimento este que ofereceu ampla contrafação em tempos atuais, porquanto atualmente observa-se o uso de muitas substâncias em qualquer ocasião. (FERREIRA et al., 2003).

A eventualidade é que até os dias atuais nossa sociedade admitiu o uso de certos tipos de substâncias que causam dependência, como é o caso do tabaco e do álcool, e o que o induz a conhecê-los é um contexto de múltiplos fatores, e também são diversos os fatores que fazem com que o mesmo faça uso abusivo de determinada substância. Cada sujeito tem características que o torna desigual dos demais, sendo assim, em se versando de precaução e terapêutica à dependência química, não é diferente. (RIBEIRO, 2004).

Ribeiro (2004) ressalta ainda que o tratamento pode ser realizado de diversas formas, em diversos ambientes terapêuticos, alguns mais conhecidos do que outros, porém nenhum se sobressaindo em relação à qualidade perante os demais, o que existe são pacientes mais ou menos indicados para cada serviço. Os diferentes estágios da dependência química, assim como as características peculiares de cada usuário é que definirão o ambiente mais adequado para a realização do tratamento.

Dentre esses diferentes ambientes propostos, podemos citar alguns, conforme Edwards, Marchall e Cook (1999) *apud* Ribeiro (2004 p. 60): “Rede primária” de atendimento à saúde; Unidades comunitárias de álcool e drogas; Unidade ambulatorial especializada; Comunidades terapêuticas; Grupos de autoajuda; Hospitais gerais; Hospital dia; Moradia assistida; Hospitais psiquiátricos; Sistema judiciário; Serviços de aconselhamento na sociedade (empresas, escolas, presídios, albergues).

Os tipos de terapêutica e forma de atendimento seguem variando conforme a expectativa ideológica, política e religiosa das distintas instituições, sejam elas governamentais ou não que atuam nesta área. O indivíduo dependente de drogas que necessite ou deseje tratamento, tem ao seu dispor uma gama de escolhas para seguir aquela que seja mais apropriada ao seu perfil. Partindo desde a redução de danos até a abstinência total; do atendimento ambulatorial ao internamento; do tratamento medicamentoso a extensão a grupos de ajuda que partam de algoritmos governamentais a comunidades clínicas. (PRATTA, 2009).

Concernente ao procedimento de reaver a saúde de um dependente químico, toda a sociedade tem sua parcela de responsabilidade. O Estado, transversalmente dos seus órgãos privativos, ligados ao programa de prevenção e tratamento de dependentes químicos, tem um importante papel na recuperação destas pessoas. Onde, deve estimular garantir e promover ações para que a coletividade (abrangendo os indivíduos dependentes de drogas, seus familiares e demais

público), possa admitir com encargo ético, o processo de prevenção e tratamento e reingresso no mundo social, com apoio técnico e financeiro em modelo descentralizado, pelos órgãos governamentais, em todos os níveis federativos além do sufrágio de entidades privadas dispostas ao auxílio. (COSTA, 2009).

Afirmado o que disse Costa (2009), Silva (2000) diz que tanto órgãos públicos como a empreendimentos privados e a sociedade civil devem estar engajados no combate a dependência química e na promoção da saúde. Mas proporcionar o tratamento não é o suficiente quando se trata de dependente químico. O processo é longo, exige determinação e força de vontade, por parte do usuário e de quem o assiste. Em contraposição Silva (2000), afirma que a falta de motivação, a resistência ao tratamento e a negação são fatores decisivos que impedem o progresso no tratamento.

A Política Nacional de Saúde Mental, no que tange o tratamento à dependência química, organiza as diversas formas de tratamento em três níveis: Aberto, Semiaberto e Fechado. O primeiro modelo trata do atendimento em instituições públicas ou privadas, tais como as Unidades Básicas de Saúde e que tenham um caráter terapêutico com as características desta modalidade, vemos também neste nível ações de caráter preventivo e de promoção da saúde junto à comunidade. (COSTA, 2009).

Ainda para Costa (2009), o segundo modelo estabelece um vínculo intermediário entre o Aberto e o Fechado, sendo realizado nos CAPS/ad e hospital dia, possuindo um serviço de maior complexidade, porém, com pacientes motivados ao tratamento. No terceiro modelo estão inclusos os hospitais psiquiátricos e hospitais gerais, onde há atenção de maior complexidade, envolvendo pacientes normalmente pouco motivados ao tratamento.

Bucher (2007) diz que existem diferentes ambientes terapêuticos onde podem ser feitos os tratamentos, no entanto, a prevenção parece ainda ser o melhor remédio. Porém o importante é prevenir o uso de drogas, fazer com que o indivíduo não tenha motivação e nem interesse em experimentar a substância, através da conscientização dos danos físicos, psicológico e social a que este indivíduo estará submetido.

No entanto em nível da saúde pública, a prevenção é o melhor investimento a médio e longo prazo, contudo, quando se trata da prevenção do uso de drogas, os padrões indicados por determinados países, inclusive o nosso, são na maioria das

vezes divergentes e conflitantes, principalmente, quando confrontado a padrões de cunho internacional, como a Organização Mundial da Saúde – OMS, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO, a Organização dos Estados Americanos - OEA e Organização das Nações Unidas – ONU. (BUCHER, 2007).

Acredita-se que a prevenção ainda é a melhor maneira de combater as drogas, incluindo o crack, contudo, para que haja êxito, é necessário que sejam observados alguns elementos. Características populacionais devem ser respeitadas, e simplesmente impor uma ideia à comunidade não é a melhor opção. Conhecer a população com a qual se pretende trabalhar é o primeiro passo para aproximar-se de maneira eficaz e conseguir estabelecer um vínculo com esta comunidade. (NOTO; GAUDURÓZ, 1999).

Os meios de comunicação têm colaborado imensamente com empreitadas alertando sobre os perigos oferecidos pelas drogas. Esse tipo de campanha embasa-se fundamentalmente na divulgação de informações a respeito de determinada substância, com a esperança de que a população possa assimilar esta comunicação, e com isto conscientize-se. Onde, pessoas que permaneçam em circunstância de vulnerável possam de alguma maneira ter contato com o uso de drogas, sejam afastados deste círculo, na observância de que já possui conhecimento para saber que esta é uma escolha inadequada. (CARLINI-COTRIM, 1995).

A partir disso, é possível questionar se o indivíduo em situação de vulnerabilidade de fato levará em consideração o que assiste em campanhas publicitárias ou, restringirá o seu conhecimento sobre essas substâncias através de relatos de vizinhos, amigos e até mesmo familiares que possam entusiasmar ao uso. Artifícios preventivos entupidos de elementos científicos referentes às implicações químicas, com procedimentos moralistas e de aspecto religioso, com desígnio de rotular as drogas entre o que seja bom ou ruim, não impetram sucesso. Embora todos os problemas sejam calhados nas políticas de prevenção ao uso de drogas no Brasil, acredito que esta ainda seja a melhor alternativa. A problemática das drogas é atualmente um tema que tem mobilizado políticos, estudiosos, igreja e sociedade civil, mas mesmo com grande demanda de esforço ainda perdem-se muitas vidas. (SILVA, 2007).

Nestes termos, pensa-se que é difícil estabelecer um modelo de prevenção ideal, sempre haverá motivos para que estes sejam criticados. Talvez, o modelo ideal agregue informação e inclusão social, não só ofertando informações às pessoas, mas também lhes oferecendo atividades onde possam valorizar a vida realmente. Ir às escolas e falar aos alunos que droga faz mal e que não é “legal” usá-las, não é o suficiente em comunidades onde a droga seja a válvula de escape mais fácil. Penso que se o jovem tiver contato com atividades onde ele possa perceber a vida de outra forma, realizar atividades com caráter lúdico, tais como participação em eventos esportivos, culturais, participação em projetos de inclusão social, ficará mais fácil, ele por si só, refletir se as drogas lhe trazem algum benefício.

4.3 O CRACK EM GESTANTES

A utilização do crack no período gestacional atinge diversos segmentos da população sem distinção do grau socioeconômico, faixa etária, cultura e etnia. As gestantes tendem a negligenciar o consumo do crack no acompanhamento pré-natal em que o feto pode apresentar comprometimento de estatura e tônus muscular, sendo assim de difícil avaliação os efeitos da droga. (YAMAGUCHI et al., 2008).

Um momento crítico para estas gestantes é o período Peri parto, pois são expostas a riscos adicionais de intercorrências clínicas graves. Grande parte desses riscos está relacionada à intoxicação aguda no momento da internação. O estresse relacionado ao início das contrações regulares e o padrão de consumo pesado da droga aumentam as chances de intoxicação aguda no primeiro período do trabalho de parto. Além disso, existem peculiaridades importantes a serem consideradas do ponto de vista anestésico, onde, a conduta mais apropriada nesses casos é o parto vaginal com analgesia de parto, mas deve haver individualização dos casos, avaliando criteriosamente riscos e benefícios da indicação de um bloqueio regional durante o trabalho de parto. (CARVALHO, 2000).

A possibilidade da ocorrência de algumas complicações: hipotensão refratária ao uso de efedrina, trombocitopenia relacionado ao crack, percepção alterada da dor com eficácia diminuída da analgesia ou anestesia e dificuldades técnicas relacionadas a comportamento agressivo das pacientes. Estes são problemas que

geram grandes preocupações frente as gestantes, onde, este é um público altamente comprometido com a integridade de uma outra vida. Existem, no entanto poucos estudos relacionando gestação com consumo de drogas. (STRATHEARN, 2010).

O uso de crack na gestação é fator desencadeante para prematuridade, abortos espontâneos, diminuição no crescimento do feto e outras alterações perinatais. Mais a frente, os bebês que nascem vivos são fortes candidatos a apresentar quadros de transtornos mentais e/ou retardo mental, além de distúrbios comportamentais com severas sequelas para toda a vida. (CARVALHO, 2000).

A droga induz a acentuada ativação dos sistemas adrenérgicos da mãe resultando em vasoconstrição generalizada culminando em taquicardia, hipertensão, cefaléia, arritmias, enfartes, aborto espontâneo, descolamento de placenta, hematoma retro placentário, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prematuro e redução do fluxo placentário levando muitas vezes a um quadro de restrição de crescimento fetal, oligoâmnio e aceleração de maturidade placentária. (YMAGUCHI et al., 2008).

O diagnóstico diferencial com a doença hipertensiva gestacional e suas complicações dificultam a identificação da usuária, visto que, neste caso, também ocorrerá exacerbação do sistema simpático (com repercussões como hipertensão, taquicardia, arritmias e até falência miocárdica). A hipertensão arterial induzida pelo crack nem sempre responde à terapia convencional para pré-eclâmpsia, sendo considerada como um fator agravante do risco de descolamento prematuro da placenta (DPP), em idade gestacional precoce. (MESQUITA e SEGRE, 2009).

O Ministério da Saúde - MS ainda não tem estatísticas sobre o número de gestantes viciadas em crack no Brasil, mas de acordo com o Censo do IBGE de 2010, o país tem mais 1,2 milhões de usuários da droga. (SEGATTO, 2012).

Ainda que as informações sobre mulheres usuárias de drogas sejam escassas, estudos recentemente publicados, nacionais, internacionais, destacam o enfrentamento de barreiras de ordem estrutural, sistêmica, cultural e pessoal pelas mulheres, na busca e permanência de tratamento para este problema. (OLIVEIRA et al., 2007).

Neste contexto, nas últimas décadas constatou-se que o uso do crack tem prevalência na população obstétrica. Sendo que, em um grande número destas pacientes ocorre parto pré-termo ou deslocamento prematuro de placenta, além de outras preocupações, tanto materno como perinatais. (YMAGUCHI et al., 2008).

O fato de uma gestante ter feito uso de crack em algum momento da gestação não implica que necessariamente a criança nascerá com qualquer tipo de complicação, contudo, a mesma deve seguir corretamente o pré-natal para o quanto antes ser diagnosticada quanto ao uso de drogas. Este momento é de muita importância, visto que quanto antes procurar ajuda e parar de consumir estas substâncias, mais perfeito e mais enérgico será seu tratamento. (TULLER et al., 2007).

É bom lembrar que durante a gestação, as drogas podem ter diferentes efeitos entre mulher que não está grávida, já que a gestante está regulada a metabolizar estas substâncias em três compartimentos, cada um com características próprias e dinâmicas individuais. (NEME, 2000).

Absorvida pelas mucosas (nariz, pulmões etc) é metabolizada no fígado pela colinesterase (diminuída na gestante e no feto, sendo eliminada (excreção retardada no feto na urina da mãe e do feto durante até 3-6 dias, parte metabolizada, parte não. Apresenta-se no mecônio desde a 20ª semana de gestação e nos cabelos da mãe e feto a partir da 7ª semana. Atravessa facilmente a placenta(e a concentração no feto é 15% inferior à materna. Passa também para o leite e, diminuindo a prolactina materna, diminui-lhe a capacidade de amamentar.(PERES e MENEZES, 2012)

[...] há alteração na absorção gástrica e intestinal, modificações ventilatórias, mudanças hemodinâmicas (transporte e distribuição) e a diminuição das taxas de albumina na primeira metade da gravidez. Estas alterações dificultam a absorção e a distribuição da droga pela gestante; Para a droga ultrapassar a placenta é necessário que haja diferença de gradiente de concentração entre os compartimentos materno e fetal; a droga tem que ter um baixo grau de ionização, peso molecular de 500, seja livre (não se ligue a proteínas) e seja lipossolúvel. As afecções clínicas influem na transferência placentária de forma transitória; A evolução do conceito é um processo muito rápido e dinâmico, de uma célula ovo pesando 0,51mcg após 40 semanas passa a pesar 3200g; passa por 44 divisões celulares intrauterino e 48 durante toda a vida do gênero humano (CUNHA et al., 2001).

Laranjeira et al., (2001) demonstra que a mulher grávida possui uma atmosfera hormonal que faz dela mais conservada à cocaína. O teste do meconio indica uso desde a 20ª semana de gestação, e as pesquisas nos cabelos da mãe e da criança, que revelam uso são mais confiáveis, porém mais caros.

As gestantes que se envolvem com o crack, na maioria das vezes, de baixo nível socioeconômico, geralmente não brancas, com idade média de 25 anos, poli drogadas, com antecedentes familiares e pessoais de uso de drogas, de encarceramento por roubos, prostituição, violência. Observa-se diminuição de religiosidade e sexualidade precoce. (GABATZ et al., 2013).

Apenas alguns comportamentos humanos podem ter consequências tão marcantes quanto aqueles sujeitos já dependentes de qualquer tipo de substância química, pois além de comprometer sua própria integridade emocional, física e social, o seu conduta também afeta compromete a vida de toda sua família. Embora saibamos que os fatores socioculturais são os mais tendem à aderência ou não ao consumo de drogas, a família tem papel fundamental neste processo de iniciação do uso, sua manutenção e acima de tudo sua resolução e/ou tratamento. (SELEGHIM, et al, 2011).

De maneira geral, compreende-se o papel da família como sendo a chave para três lócus principais. O lócus elementar faz referência à centralidade das famílias como quesito básico de amparo social, o que insinua ter atualizado seu estilo funcional nas ações de mudança; já o segundo adverte quanto a família como sendo aquela que, contraditoriamente, pode aperfeiçoar ou aniquilar o indivíduo em desenvolvimento e ainda o terceiro, este refere-se à sua importância no processo de promoção da saúde bem como toda a sua manutenção entre seus membros. (OSÓRIO e VALLE, 2009).

Diante ao que foi exposto, Arthur et al., (2002) fez menção quanto aos relacionamentos prosaicos no ambiente familiar, este é e sempre será um espaço de benfeitora e estruturação, amortizando a vulnerabilidade dos sujeitos rente ao consumo de drogas, na tentativa de evitar que este consumo se transforme em fim em dependência. Deste modo, a família bem como distintos limites da vida das pessoas que usam substâncias entorpecentes em abuso carecem ser sucessivamente pesquisadas, em busca de vulnerabilidades, tendendo ao melhor plano e sucesso frente sua terapêutica.

Há fases de depressão. Têm antecedentes psiquiátricos e condutas paranóides, comportamento bizarro e, por vezes, perdas de consciência. O apetite e o sono estão diminuídos; emagrecem, apresentam-se hipertensas, estão sujeitas a enfartes do miocárdio e crises de apneia. (LARANJEIRA et al., 2001).

4.3.1 Complicações obstétricas

O uso do crack tem somado dramaticamente entre a população obstétrica durante as últimas décadas. Há a estimativa de que 10% das mulheres norte-americanas já utilizaram esta substância entorpecente durante a gravidez, o que calhou em parto pré-termo ou mesmo descolamento prematuro de placenta em parte destas pacientes, além de distintas complicações, tanto maternas quanto perinatais. (YAMAGUCHI et al., 2008).

Existem evidências comprovando que o uso de crack ou outras formas de administração da cocaína está relacionado a inúmeros e graves efeitos adversos maternos e perinatais. As gestantes que apenas utilizaram cocaína durante a gestação evidenciou risco aumentado de descolamento prematuro de placenta, líquido amniótico meconial, ruptura prematura de membranas ovulares, anomalias de trato geniturinário e baixo peso ao nascimento. (MARTINS-COSTA, 2013).

Estudos correlacionam a exposição à cocaína com descolamento prematuro de placenta (DPP), prematuridade, crescimento intrauterino restrito (CIUR), abortamento espontâneo e morte fetal intraútero. (YAMAGUCHI et al., 2008).

Em outro estudo retrospectivo realizado entre 1.693.197 mulheres identificaram-se maior risco de desordens relacionadas à placenta (DPP, oligodrâmnio, infartos placentários), hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e eclâmpsia – em usuárias de cocaína em comparação a não usuárias. Em relação à histopatologia da placenta de usuárias de cocaína, um estudo de caso controle evidenciou uma diminuição da vascularização, porém sem diferença estatística em comparação a não usuárias. (MARTINS-COSTA, 2013).

Com relação a este fator, no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia (SGO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), por exemplo, existe uma recomendação de análise sistemática da placenta de usuárias de drogas ilícitas, bem como a coleta de gasometria do cordão umbilical, tendo em vista a grande morbimortalidade neonatal destas crianças. Além de desfechos gestacionais

desfavoráveis, a cocaína tem potencial de gerar alterações maternas com repercussões clínicas importantes em todo período gravídico e puerperal. (MARTINS-COSTA, 2013).

A cardiotoxicidade da cocaína está aumentada na gestação, associada a maiores níveis de metabólitos ativos da droga na circulação materna. Pacientes usuárias que desenvolvem hipertensão durante a gestação devem ser investigadas para pré-eclâmpsia e intoxicação aguda. Ambas intercorrências apresentam sintomas semelhantes, sendo diagnósticos diferenciais. O uso de betabloqueadores neste grupo de pacientes está proscrito devido à hiperestimulação alfa-adrenérgica sem controle após o uso da medicação, associada à piora dos efeitos cardiovasculares induzidos pela cocaína. (MELLO, 2011).

Nesses casos, há indicação do controle pressórico com hidralazina devido ao seu efeito vasodilatador e de diminuição da resistência vascular periférica, assim diminuindo o dano causado pela cocaína. Ao estudar a repercussão neonatal do uso de crack e de cocaína na gestação, percebe-se que estudos clínicos demonstram passagem direta transplacentária para o feto da droga e vasoconstrição do leito vascular placentário, levando a CIUR e natimortalidade, além do aumento na incidência de malformações de trato geniturinário, ósseas e cardiovasculares. É importante darmos maior atenção a sinais de CIUR e avaliarmos o bem-estar fetal nas pacientes em consulta na emergência obstétrica. (MARTINS-COSTA, 2013).

O aleitamento materno desses recém-nascidos é desaconselhado devido a passagem da droga pelo leite materno, inclusive gerando alterações clínicas nos lactentes, tais como: irritabilidade, tremores e distúrbios do sono são observados nesses casos. Além disso, os neonatos de mulheres usuárias de drogas mais frequentemente apresentam síndrome de abstinência após o nascimento, hospitalização prolongada, dificuldades alimentares e problemas respiratórios. (KUCZKOWSKI, 2002).

Um momento crítico para estas gestantes é o período Peri parto, pois são expostas a riscos adicionais de intercorrências clínicas graves. Grande parte desses riscos está relacionada à intoxicação aguda no momento da internação. O estresse relacionado ao início das contrações regulares e o padrão de consumo pesado da droga aumentam as chances de intoxicação aguda no primeiro período do trabalho de parto. Além disso, existem peculiaridades importantes a serem consideradas do ponto de vista anestésico. (KUCZKOWSKI, 2002).

A conduta mais apropriada nesses casos é o parto vaginal com analgesia de parto, mas deve haver individualização dos casos, avaliando criteriosamente riscos e benefícios da indicação de um bloqueio regional durante o trabalho de parto. Ambas as técnicas anestésicas, bloqueio regional ou anestesia geral, apresentam riscos à paciente usuária de crack ou outras formas de consumo de cocaína. Ao optarmos pelo bloqueio regional, há a possibilidade da ocorrência de algumas complicações: hipotensão refratária ao uso de efedrina, trombocitopenia relacionada à cocaína, percepção alterada da dor com eficácia diminuída da analgesia ou anestesia e dificuldades técnicas relacionadas a comportamento agressivo das pacientes. (MARTINS-COSTA, 2013).

O uso de anestesia geral se restringe a situações de urgência ou casos selecionados em obstetrícia. Ao induzirmos uma anestesia geral em uma usuária de cocaína, complicações maternas graves podem ocorrer, entre as quais citamos: isquemia miocárdica, hipertensão e arritmias cardíacas. Nas situações de urgência, que exijam o uso dessa via anestésica, o risco de eventos graves, inclusive de morte, é maior nessas pacientes. (KUCZKOWSKI, 2002).

Gestantes que consomem crack ou cocaína possuem risco aumentado de desfechos desfavoráveis, tanto maternos como fetais, em relação à população obstétrica, caracterizando esse grupo de pacientes como gestantes de alto risco. Além dos riscos obstétricos (descolamento prematuro de placenta, parto pré-termo, crescimento intrauterino restrito, por exemplo), há riscos cardiopulmonares específicos do uso de cocaína e, especialmente, de crack durante o período gravídico. Atenção especial deve ser prestada a essas pacientes no período periparto devido à probabilidade de intoxicação aguda precedendo este momento da gestação, além de suas complicações clínicas e riscos anestésicos. (MELLO, 2011).

Contudo, não é difícil a identificação pelos profissionais de saúde, do consumo excessivo de drogas na gestação. Pois, muitas complicações agregadas pelo abuso de drogas são observáveis no desenvolvimento do feto, já que grande parte destas drogas tem a facilidade de se transpor frente a barreira placentária e hemato encefálica sem uma prévia metabolização, agindo especialmente no sistema nervoso central do feto, trazendo déficits de cognição aos neonatos, algumas má formações além de síndromes de abstinência. (YAMAGUCHI et al., 2008).

Diagnosticar quanto à síndrome de abstinência deve seguir o modelo de eliminação, onde, depois da estimativa de causas obstétricas e/ou secundárias à intoxicação tardia causada pela droga, seu contorno deve ser, sempre que possível multidisciplinar. Principalmente devido ao aumento e caráter epidêmico do uso de drogas ilícitas, em especial do crack, é urgente que obstetras, psiquiatras, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais desenvolvam protocolos de conduta e treinamento da equipe de saúde para eventuais complicações que podem ser fatais tanto para a mãe como para o feto. Muitas questões ainda devem ser respondidas e apenas com o seguimento dessas pacientes poderemos determinar a assistência adequada que devemos prestar a elas. (MARTINS-COSTA, 2013).

4.3.2 Complicações fetais e neonatais

A fase embrionária é uma gama de artifícios biológicos que tem início logo após a fecundação do óvulo pelo espermatozoide, finalizando com o nascimento. O córion é entendido como o arcabouço do embrião qualificado por suas vilosidades que adentram no endométrio tendo função protetora do embrião, a mórula se decompõe no blastocisto, a mesma é formada por um casulo repleto de líquido uterino. No momento em que o blastocisto entra em contato com o endométrio, inicia-se a implantação do embrião, denominada nidação, no decorrer deste processo são produzidas enzimas que permitirão que o embrião penetre na parede uterina dando origem a outras partes dos anexos embrionários, e em seguida o total desenvolvimento embrionário. (ROTTA; CUNHA, 2000).

As substâncias entorpecentes atuam absolutamente no sistema nervoso central mudando o humor e o comportamento de seus usuários. Seu consumo tem apresentado uma grande incidência e está virando um enorme problema de saúde pública em múltiplos países. (CARLINI et al., 2001).

Fetos expostos à cocaína durante a gestação aumentam as dificuldades de realizar atividades cognitivas, isto é, vão apresentar diversas dificuldades com a percepção, assimilação e aprendizagem no decorrer da vida. Seus usufrutuários expõem uma infecção pulmonar por conta da inalação de sua fumaça tóxica, esta por sua vez aborda os pulmões e logo em seguida entra na circulação cerebral chegando ao SNC. O uso do crack durante a gestação também pode ocasionar

abortos espontâneos, descolamento da placenta, prematuridade, microcefalia. (BERTRAND et al., 2010).

O uso de crack na gestação enfraquece a perfusão útero placentário, com isto, prejudica o desenvolvimento fetal, depois de nascido, causando reações ao SNC refletindo na perda da motivação, interesse na escola e problemas na aprendizagem. O crack atravessa rapidamente a barreira placentária sem sofrer metabolização, agindo diretamente nos vasos sanguíneos fetais, ocorrendo vasoconstrição, além de raras, mas possíveis malformações urogenitais, deformidades distais, gastrosquise, defeitos cardiovasculares e do sistema nervoso central (SNC). (GUIMARÃES et al., 2008).

Durante os dois primeiros trimestres de gestação, o feto ainda não possui a pele devidamente queratinizada permanecendo assim vulnerável as substâncias as quais se acumulam no líquido amniótico, se transformando em um depósito da droga, evidenciando os males causados pelo uso do crack ingerido pela mãe durante o desenvolvimento intrauterino. (ROTTA; CUNHA, 2000).

Em decorrência do fluxo sanguíneo uterino não ter função auto reguladora, a sua redução gera hipoxemia, insuficiência útero placentária e acidose fetal. A droga também ocasiona alterações no crescimento do cérebro e na arquitetura do córtex. (YMAGUCHI ET, 2008).

Também para o feto, a droga exerce efeitos negativos. O desenvolvimento do SNC inicia no 28º dia após a concepção e continua durante o período gestacional o que também colabora ao feto uma vulnerabilidade biológica, continuada a insultos tóxicos. (CARLINI et al., 2001).

O crack atravessa a barreira hemato encefálica atingindo concentrações cerebrais, e pode afetar a formação do cérebro. Pode acarretar contrafações no desenvolvimento cerebral e no desenvolvimento cortical, causando desordens na diferenciação e na migração neuronal. Os efeitos neuro-comportamentais da cocaína são inúmeros, como dificuldade na nutrição e no sono, sinais de estresse, modificação na regulação dos estados de consciência, excitabilidade, prematuridade motora, reflexos demudados e ainda claros sinais de abstinência.(LUIS; LUNETT, 2005).

Há ainda uma forte associação entre o desenvolvimento do sistema global e do sensorio motor oral, elemento este de extrema gravidade ao considerar que ambos são fundamentais para o desenvolvimento de uma mais perfeita coordenação

e desempenho nas desenvolvuras dos RNs que foram submetidos a este risco em desenvolvimento neuropsicomotor.(comportamento motor oral). A cocaína age no sistema nervoso central (SNC) materno e fetal por inibir a recepção dos neurotransmissores (serotonina, noradrenalina e dopamina), nas terminações pré-sinápticos, os quais aí se empilham e prosseguem por tempo máximo contíguo aos receptadores dos órgãos efetores, levando a respostas exageradas. (FABBRI; PEDRÃO, 2000).

Posteriormente, poderá haver depleção deles, principalmente da dopamina. A acentuada ativação dos sistemas adrenérgicos de acordo com de mãe e feto resulta em vasoconstrição generalizada, taquicardia, hipertensão, arritmias, enfartes, descolamento de placenta, cefaléia, abortamento, trabalho de parto prematuro, redução do fluxo placentário, que repercutem na oxigenação e crescimento fetal, permitindo a ocorrência de hemorragias intracranianas na mãe e no feto. No sistema nervoso fetal: hemorragias intracranianas sub-aracnoideanas, sub-epidurárias, intraventriculares, lesões cavitárias de gânglios da base, lobos frontais e fossa posterior.(RODRIGUES e NAKANO, 2007).

Atuando sobre os nervos periféricos, os neurotransmissores dificultam a condução nervosa, atuando na permeabilidade ao sódio, levando à anestesia local. O sistema nervoso em desenvolvimento, no feto e recém-nascido, sob influência direta da cocaína ou pela contração de função dos neurotransmissores e consequentes mudanças neuroquímicas, sofre em sua estrutura e funcionamento. As contrações da serotonina e dopamina resultam em prejuízos neuro-comportamentais no recém-nascido, havendo depressão na capacidade interativa e de resposta organizada a estímulos ambientais. (CARVALHO, 2000).

As consequências do uso de drogas durante a gestação desencadeiam-se por são de múltiplos fatores, assim sendo, as implicações do crack sobre o feto podem ser observadas das mais distintas formas. O crack quando inalado pela mãe chega ao cérebro do feto causando a morte dos neurônios, além de ter seus pulmões encharcados por detritos presentes na droga, que logo são absorvidos pelo sangue e percorrem o corpo inteiro deste feto. Nestas condições, o fígado e cérebro são os órgãos mais afetados, pois é o cérebro que capta estímulos, enquanto o fígado é o responsável por limparas impurezas do sangue. (TULLER et al., 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo, observa-se que a prevalência do uso do crack é elevada e que poderá ser a causa de prematuridade, hemorragia intracraniana, aborto, de alterações de comportamento nos primeiros dias de vida. No decorrer do estudo não se demonstrou claro como e em que acuidade o crack levaria a efeitos negativos neurológicos e cognitivos a longo tempo no concepto. Muitas literaturas são inconclusivas e controversas. Porém, é correto afirmar que gravidez e crack não são e jamais serão boas combinações, portanto, deve ser evitada e combatida. No Brasil esse problema já vem sendo enfrentado há um tempo considerável e as pesquisas a respeito do crack não acompanham o número de crescimento de usuárias obstétricas. Outro fator importante está relacionado às características das usuárias, estas podem variar desde características físicas até características psíquicas e sociais.

Esta é realmente uma visão muito triste e decadente a qual estamos hoje em dia sujeitados a vivenciar em nossa sociedade. Diante do que foi demonstrado até agora no decorrer do trabalho é correto afirmar que pesquisar este contexto é bem complexo, e não se apresenta como tarefa simples, pois tende por adentrar em uma gama de preposições e certezas tais como as que permeiam a psicologia, sociologia e epidemiologia, questões estas que podem colaborar para esclarecer e engrandecer tal assunto.

Contudo, foi constatado por meio da literatura revisada que o consumo de crack durante a gestação acarreta em diversos malefícios não apenas a quem a usa, mas ainda ao feto em desenvolvimento. Embora haja vários estudos que divergem em relação às reais conclusões sobre os efeitos desta substância, sabe-se que certamente esta droga traz graves complicações obstétricas e neonatais. Havendo neste sentido grande necessidade de novos estudos sobre a intensidade dos fatores que podem influenciar seus resultados. Sendo assim, a enfermagem tem uma participação importante, principalmente, desenvolvendo planos de atendimento com objetivos claros, visando ajudar a gestante a readquirir seu equilíbrio.

REFERÊNCIAS

ALVES, R. **Caracterização dos adolescentes internados por álcool e outras drogas na cidade de Curitiba**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, 2000. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewFile/3195/2558>. Acesso em: 02/07/2013

ARAÚJO, B.B.; PANSARAD, M.; BOEIRA, B.V.; ROCHA, N.S. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. **Revista HCPA**, Porto Alegre - RS, v.30, n.1, p. 36-42, 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/11572/7509>. Acesso em: 02/07/2013.

ARTHUR, M. W.; HAWKINS, J. D.; POLLARD, J. A.; CATALANO, R. F.; BAGLIONI A. J. JR. MEASURING RISK and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviors. The communities that care youth survey. **Evaluation Review**. Bethesda - USA, v. 26, n. 6, p. 575-601, 2002. Disponível em: http://www.pridesurveys.com/supportfiles/CTC_reliabilitypdf. Acesso em: 03/08/2013.

BAHLS, F. C. BAHLS Saint-Clair. Cocaína: origens, passado e presente. **Interação em Psicologia**, Curitiba, PR, v. 6, n. 2, p. 177-181, jul./dez. 2002. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/psicologia/article/viewFile/3305/2649>. Acesso em: 03/08/2013.

BERTRAND, R. BRUNET, ALLAN, J. BARNES, ROBIN, E. CHOO, PATRICK MURA, HENDRÉE E. JONES, MARILYN A. HUESTIS. Monitoring Pregnant Women's Illicit Opiate and Cocaine Use With Sweat Testing. **Therapeutic Drug Monitoring**. Bethesda- USA, v. 32, n. 1, p. 40-49, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19927046>. Acesso em: 03/08/2013.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010**. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília – DF, 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm. Acesso em: 03/08/2013.

BUCHER, Richard. A ética da prevenção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília – DF, v.23, n. especial, p. 117-123, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000500021. Acesso em: 04/08/2013.

CARLINI, E. A; NOTO, A. R; GALDURÓZ, J. C. F.; NAPPO, A. S. Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Brasília – DF, v. 45, n. 4, p. 227-236, 1996. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=166842&indexSearch=I> D. Acesso em: 04/08/2013.

CARLINI, EA, NAPPO SA, GALDURÓZ, JCF, NOTO, AR. Drogas Psicotrópicas - O Que São e Como Agem. **Revista IMESC**. São Paulo – SP, n. 3, p. 9-35, 2001. Disponível em: <http://www.imesc.sp.gov.br/pdf/artigo%201%20-%20DROGAS%20P%20SICOTR%20C3%93PICAS%20O%20QUE%20S%20C3%83O%20E%20COMO%20AGE%20M.pdf>. Acesso em: 04/08/2013.

CARLINI-COTRIM, B. Movimentos e discursos contra as drogas: O caso da sociedade norte-americana. **Revista ABP-APAL. São Paulo – SP**, v. 17, n. 3, p. 93-101, 1995. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=178080&indexSearch=ID>. Acesso em: 04/08/2013.

CARVALHO, M.M. et al. Uso de drogas ilícitas na gestação. **Revista Femina**. São Paulo – SP, v. 28, n. 5, p. 257-260, jun. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000500010&script=sci_arttext. Acesso em: 04/08/2013.

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

COSTA, Selma Frossard. As Políticas Públicas e as Comunidades Terapêuticas no Atendimento à Dependência Química. In: **Serviço Social em Revista**. Universidade Estadual de Londrina. Londrina – PR, v.11, n 2, 2009. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/29%20AS%20POL%20CDCAS%20P%20DA%20BLICAS%20E%20AS%20COMUNIDADE%20TERAP%20CAUTICAS-COM%20REVIS%20C3O%20DO%20AUTOR.pdf>. Acesso em: 10/08/2013.

CRUZ, M.S. A abordagem do problema com o crack: uma oportunidade para afirmar a liderança da psiquiatria como saber. Rio de Janeiro: **Revista Debates – Psiquiatria Hoje**, ano 2, n. 3, p. 14-18, mai./jun. 2010. Disponível em: http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT4/GT4_MedeirosR.pdf. Acesso em: 10/08/2013.

CUNHA, G. B. et al. Prevalência da exposição pré-natal à cocaína em uma amostra de recém-nascidos de um hospital geral universitário. **Jornal de pediatria**. Rio de Janeiro, v.77, n.5, p. 369-373, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v77n5/v77n5a06.pdf>. Acesso em: 10/08/2013.

DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. São Paulo – SP, v. 24, n. 4, p. 545-57. 2008. Disponível em: http://www.crack.cnm.org.br/crack/pdf/artigos/Artigo_perfilusuario_coca_crack_Brasil.pdf. Acesso em: 22/09/2013.

DUARTE, Elizeu. **Psicossomática**. Monografia de Conclusão de Curso (título de Graduação em Psicologia)- 304 f. Universidade paulista - UNIO. São Paulo – SP, 2012. Disponível em: http://trabalhosacademicos.unip.br/EntregaTA/TA/167/56f1b991-ae13-424e-b3c5-502df2794769_0.pdf. Acesso em: 22/09/2013.

FABBRI, C. E; PEDRÃO, L. J. Narcodependência na gestação. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador – BA, v. 13, n. 2, p. 29-38, 2000. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=342&indexSearch=ID>. Acesso em: 22/09/2013.

FERREIRA, Eliana Lúcia. **Esportes e Atividades Físicas Inclusivas**. (Fundamentos Pedagógicos). Editora e Consultoria Ltda., ed. 3, Niterói, 2009.

FERREIRA, FILHO OF; TURCHI, MD; LARANJEIRA, R; CASTELO, A. Perfil sócio demográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo – SP, v. 37, n. 6, p. 751-9, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=342&indexSearch=ID>. Acesso em: 22/09/2013.

FERREIRA, P. E. M & MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo – SP, v. 23, n. 2, p. 96-99, 2001. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=316763&indexSearch=ID>. Acesso em: 22/09/2013.

GABATZ, RIB; SCHMIDT, AL; TERRA, MG; PADOIN, SMM; SILVA, AA; LACCHINI, AJB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre – RS, v. 34, n. 1, p. 140-146, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100018. Acesso em: 22/09/2013.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. & CARLINI, E. A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo - SP, 1997. Acesso em: 19/10/2013.

GALDURÓZ, José Carlos F. et al. **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. Acesso em: 19/10/2013.

GIACOMOLLI, Nereu José. Análise crítica da problemática das drogas e a lei 11.343/2006. Instituto Brasileiro de Ciências Criminais. **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo – SP, n. 71, março/abril, 2008. Disponível em: <http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redede.virtual.bibliotecas:artigo.revista:2008;1000818193>. Acesso em: 19/10/2013.

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 – SP, v. 24, n. 2, p. 80-82, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000200008&lng=pt&nrm=iso&userID=-2. Acesso em: 19/10/2013.

GUIMARÃES, CF; SANTOS, DV; FREITAS, RC; ARAUJO, RB. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro. **Revista de Psiquiatria**. Porto Alegre – RS, v.30, n. 2, p. 101-108, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000100018. Acesso em: 07/11/2013.

KESSLER, Felix Henrique Paim, DIEMEN, Lísia von, PECHANSKY, Flávio. Dependência química. In: **Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

KUCZKOWSKI, K. M. Cocaine abuse in pregnancy – anesthetic implications. **International Journal of Obstetric Anesthesia**. California – USA, v. 1, p. 204- 210, 2002. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14766691>. Acesso em: 07/11/2013.

LARANJEIRA, R; RASSI, R; DUNN, J; FERNANDES, M; MITSUHIRO, S. Crack cocaine—a two-year follow-up oftreatedpatients. **J AddictDis**. São Paulo – SP, v. 20, n. 1, p. 43-8, 2000. Disponível em: http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/imagens/stories/publicacoes/cocaina/Crack%20Cocaine%20a%20two%20year%20follow_up%20of%20treated%20patients.pdf. Acesso em: 07/11/2013.

LEITE, M. C. **História da cocaína**. In: M. C. LEITE; A.G. ANDRADE (Orgs.), **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento** (p. 15-23). Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

LEITE, Marcos da Costa. **Conversando sobre a cocaína e crack**. Presidência da República. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. 2 ed. Brasília – DF, 2001. Acesso em: 07/11/2013.

LETRAS, Academia Brasileira de. **Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa (VOLP)**. 5 ed. Rio de Janeiro – RJ, 2009. Disponível em; <http://www.academia.org.br/abl/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?tpl=home>. Acesso em: 07/03/2014.

LUIS, M. A. V.; LUNETT, A. C. F. Álcool e outras drogas: Levantamento Preliminar Sobre a Pesquisa Produzida no Brasil Pela Enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo – SP, v. 13, n. especial, p. 1229-1230, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13nspe2/v13nspe2a18.pdf>. Acesso em: 01/12/2013.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. Uso de crack por múltipara em vulnerabilidade social: historia de vida. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá – PR, v. 11, n. 1, p.166-72, 2012. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/18874>. Acesso em: 01/12/2013.

MARTINS-COSTA, S. H. et al. Crack: a Nova Epidemia Obstétrica. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Porto alegre – RS, v. 33, n. 1, p. 55-65, jan. – mar, 2013. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/33833>. Acesso em: 01/12/2013.

MELLO, Elisa Poleza. **Repercussão neonatal do consumo de crack durante a gestação**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Comissão de Residência Médica do Hospital do Servidor Público Municipal. São Paulo – SP, 2011. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-24614>. Acesso em: 01/12/2013.

MESQUITA, M. A.; SEGRE, C. A. M. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo – SP, v. 19, n. 1, p.63- 77, 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/viewFile/19903/21979>. Acesso em: 01/12/2013.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MUAKAD, I.B. **A cocaína e suas formas de consumo**. Universidade Prebisteriana Mackenzie. Faculdade de direito, 2009. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/FDir/Artigos/artigos_2009/irene_04_09.pdf>. Acesso em: 01/12/2013.

NAPPO, S. **CRACK: características, alterações na cultura de uso ao longo de 20 anos e a influência do tráfico**. Centro brasileiro de informações sobre drogas Psicotrópicas (CEBRID) – UNIFESP. 2002. Acesso em: 01/12/2013.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 2 ed., São Paulo: Sarvier, 2000.

NOTO, A. R.; BAPTISTA, M. C.; FARIA, S. T.; NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C.; CARLINI, E. A. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro - RJ, v. 19, n. 1, p. 69-79, jan.-fev. de 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14906.pdf>. Acesso em: 06/02/2014.

NOTO, A. R.; MOURA, Y. G.; NAPPO, S.; GÁLDUROZ, J. C. & CARLINI, E. A. Interações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro – RJ, v.51, n.2, p.113-121, 2002. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=330671&indexSearch=ID>. Acesso em: 06/02/2014.

NOTO, A. R.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J. C. F. & CARLINI, E. A. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, Departamento de Psicobiologia, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, 1997. Acesso em: 06/02/2014.

NOTO, Ana Regina and GALDUROZ, José Carlos F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro – RJ, v.4, n.1, p. 145-151, 1999. Disponível em: O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil.

OLIVEIRA, J.F.; PAIVA, M.S.; VALENTE, C.M.L. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Salvador - BA, v.15, n.2, mar./abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a09.pdf. Acesso em: 06/02/2014.

OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

PERES, Aline; MENEZES, Fabiane. Gravidez na idade da pedra. **Gazeta do Povo**. 2012. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/vidaecidadania/conteudo.phtml?id=1026468>. Acesso em: 06/02/2014.

PILLON, Sandra Cristina and LUIS, Margarita Antonia Villar. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. ribeirão Preto – SP, v.12, n.4, p. 676-682, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000400014&script=sci_arttext. Acesso em: 06/02/2014.

PIMENTA, C. A. de M.; KURITA, G. P.; GALVÃO, A. C. R.; CORRÊA, C. F. **Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor – SIMBIDOR**. Office Editora, São Paulo – SP, 2007. Disponível em: http://www.simbidor.com.br/publicacoes/arquivos_simbidor_2007.pdf. Acesso em: 06/02/2014.

PIMENTA, Karina Bernardi. Bloqueio neuromuscular prolongado após administração de mivacúrio: relato de caso. **Revista Brasileira de Anestesiologia**. Campinas – SP, v.55, n.5, p. 552-557, 2005. Disponível em; http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942005000500011. Acesso em: 08/03/2014.

PLAVNIK, Frida Liane. Hipertensão arterial induzida por drogas: como detectar e tratar. **Revista Brasileira de Hipertensão**. São Paulo – SP, v.9, n. 2, abril/junho de 2002. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-2/hipertensao4.pdf>. Acesso em: 08/03/2014.

PRATTA, Elisângela Maria Machado and SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília – DF, v.25, n.2, p. 203-211, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>. Acesso em: 08/03/2014.

RIBEIRO, Marcelo. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo – SP, v.26, p. 59-62, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500015&script=sci_arttext. Acesso em: 08/03/2014.

ROCHA, Claudionor. **Crack, a Pedra a Morte –Desafios da Adicção e Violência Instantâneas**. Consultoria Legislativa. Biblioteca Digital Câmara. Brasília – DF, 2010. Disponível em; http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/4784/crack_pedra_rocha.pdf. Acesso em: 08/03/2014.

RODRIGUES, DT; NAKANO, AMS. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília – DF, v. 60, n.1, p.77-80,

2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100014. Acesso em: 08/03/2014.

ROTTA, NT; CUNHA, GB. **Exposição pré-natal à cocaína: revisão dos efeitos neurocomportamentais**. *Jornal Pediátrico*. Rio de Janeiro – RJ, v. 76, n. 3, p. 179-84, 2000. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54530/00335408.pdf?sequence=1>. Acesso em: 08/03/2014.

RUI, Taniele Cristina. **Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. Dissertação de Mestrado (Título de mestre em Antropologia Social) - 355 f. Campinas – SP, 2012. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/Taniele_Rui_Tese.pdf. Acesso em: 11/03/2014.

SEGATTO, Cristiane. Os bebês do Crack. **Revista Época**. 2012. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0EMI242477-15257,00-OS+BEBES+D O+CRACK.html>. Acesso em: 11/03/2014.

SELEGHIM, Maycon Rogério; MARANGONI, Sônia Regina; MARCON, Sonia Silva and OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.19, n.5, p. 1163-1170, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/pt_14.pdf. Acesso em: 11/03/2014.

SILVA, Priscila de Lima. **As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento**. – 205 f. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Título de Mestre em Psicologia). Universidade Federal da Bahia. Salvador – BA, 2007. Disponível em: http://www.pospsi.ufba.br/Priscila_Silva.pdf. Acesso em: 11/03/2014.

SPRICIGO, Jonas Salomão and ALENCASTRE, Márcia Bucchi. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas : um estudo em Biguaçu-SC. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Biguaçu-SC, v.12, p. 427-432, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000700019. Acesso em: 11/03/2014.

STRATHEARN, L.; MAYES, L. C. **Cocaine addiction in mothers: potential effect on maternal care and infant development**. *Ann N Y Acad Sci*, 2010. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20201853>. Acesso em: 11/03/2014.

TULLER, N.G.N.; ROSA, D.T.M.; MENEGATTI, R.P. **Crack e os perigos de uma viagem sem retorno**. Iniciação Científica CESUMAR. Maringá – PR, v. 9, n.2, p.153-160, 2007. Disponível em: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/iccesumar/article/viewArticle/556>. Acesso em: 11/03/2014.

YAMAGUCHI, E. T.; CARDOSO, M. M.; TORRES, M. L.; ANDRADE, A. G. Drogas de abuso e gravidez. **Revista de Psiquiatria Clínica**. São Paulo – SP, v. 35, p. 44-47, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832008000700010&script=sci_arttext. Acesso em: 11/03/2014.

ZILBERMAN, M. L.; HOCHGRAF, P. B.; ANDRADE, A. G. Genderdifferences in treatment-seekingbraziliandrug-dependentindividuals.**Substance Abuse**.Bethesda - USAv. 24, n. 1, p. 17-25, 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12652092>. Acesso em: 11/03/2014.