



# COCAÍNA

*Pasta de Coca*

*Crack*

*Merla*

## Definição


A cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de uma planta encontrada exclusivamente na América do Sul, a *Erythroxylon coca*, conhecida como **coca** ou **epadu**, este último nome dado pelos índios brasileiros. A cocaína pode chegar até o consumidor sob a forma de um sal, o **cloridrato de cocaína**, o “pó”, “farinha”, “neve” ou “branquinha”, que é solúvel em água e serve para ser aspirado (“cafungado”) ou dissolvido em água para uso intravenoso (“pelos canos”, “baque”), ou sob a forma de base, o **crack**, que é pouco solúvel em água, mas que se volatiliza quando aquecida e, portanto, é fumada em “cachimbos”.

Também sob a forma base, a **merla** (mela, mel ou melado), um produto ainda sem refino e muito contaminado com as substâncias utilizadas na extração, é preparada de forma diferente do crack, mas também é fumada. Enquanto o crack ganhou popularidade em São Paulo, Brasília foi a cidade vítima da merla. De fato, pesquisas mostram que mais de 50% dos usuários de drogas da Capital Federal fazem uso de merla, e apenas 2% de crack.

Por apresentar aspecto de “pedra” no caso do crack e “pasta” no caso da merla, não podendo ser transformado em pó fino, tanto o crack como a merla não podem ser aspirados, como a cocaína pó (“farinha”), e por não serem solúveis em água também não podem ser injetados. Por outro lado, para passar do estado sólido ao de vapor quando aquecido, o crack necessita de uma temperatura relativamente baixa (95°C), o mesmo ocorrendo com a merla, ao passo que o “pó” necessita de 195°C; por esse motivo o crack e a merla podem ser fumados e o “pó” não.

Há ainda a **pasta de coca**, que é um produto grosseiro, obtido das primeiras fases de extração de cocaína das folhas da planta quando estas são tratadas com álcali, solvente orgânico como querosene ou gasolina, e ácido sulfúrico. Essa pasta contém muitas impurezas tóxicas e é fumada em cigarros chamados “basukos”.

Antes de se conhecer e de se isolar cocaína da planta, a coca (planta) era muito usada sob forma de chá. Ainda hoje esse chá é bastante comum em certos países da América do Sul, como Peru e Bolívia, sendo em ambos permitido por lei, havendo até um órgão do Governo, o “Instituto Peruano da Coca”, que controla a qualidade das folhas vendidas no comércio. Esse chá é até servido aos hóspedes nos hotéis.



Acontece, porém, que, sob a forma de chá, pouca cocaína é extraída das folhas; além disso, ingerindo (toma-se pela boca) o tal chá, pouca cocaína é absorvida pelos intestinos e, ainda, por essa via ela imediatamente já começa a ser metabolizada. Através do sangue, chega ao fígado e boa parte é destruída antes de chegar ao cérebro. Em outras palavras, quando a planta é ingerida sob a forma de chá, muito pouca cocaína chega ao cérebro.

Todo mundo comenta que vivemos hoje em dia uma epidemia de uso de cocaína, como se isso estivesse acontecendo pela primeira vez. Mesmo nos Estados Unidos, onde, sem dúvida, houve uma explosão de uso nesses últimos anos, já existiu fenômeno semelhante no passado. E no Brasil também, há cerca de 60 ou 70 anos utilizou-se aqui muita cocaína. Tanto que o jornal *O Estado de S. Paulo* publicava esta notícia em 1914: *Há hoje em nossa cidade muitos filhos de família cujo grande prazer é tomar cocaína e deixar-se arrastar até aos declives mais perigosos deste vício. Quando... atentam... é tarde de mais para o recuo.*

Tanto o crack como a merla também são cocaína; portanto, todos os efeitos provocados no cérebro pela cocaína também ocorrem com o crack e a merla. Porém, a via de uso dessas duas formas (via pulmonar, já que ambos são fumados) faz toda a diferença em relação ao “pó”.

Assim que o crack e a merla são fumados, alcançam o pulmão, que é um órgão intensivamente vascularizado e com grande superfície, levando a uma absorção instantânea. Através do pulmão, cai quase imediatamente na circulação, chegando rapidamente ao cérebro. Com isso, pela via pulmonar, o crack e a merla “encurtam” o caminho para chegar ao cérebro, surgindo os efeitos da cocaína muito mais rápido do que por outras vias. Em 10 a 15 segundos, os primeiros efeitos já ocorrem, enquanto os efeitos após cheirar o “pó” surgem após 10 a 15 minutos, e após a injeção, em 3 a 5 minutos. Essa característica faz do crack uma droga “poderosa” do ponto de vista do usuário, já que o prazer acontece quase instantaneamente após uma “pipada” (fumada no cachimbo).

Porém, a duração dos efeitos do crack é muito rápida. Em média, em torno de 5 minutos, enquanto após injetar ou cheirar, duram de 20 a 45 minutos. Essa certa duração dos efeitos faz com que o usuário volte a utilizar a droga com mais frequência que as outras vias (praticamente de 5 em 5 minutos), levando-o à dependência muito mais rapidamente que os usuários da cocaína por outras vias (nasal, endovenosa) e a um investimento monetário muito maior.

Logo após a “pipada”, o usuário tem uma sensação de grande prazer, intensa euforia e poder. É tão agradável que, logo após o desaparecimento desse efeito (e isso ocorre muito rapidamente, em 5 minutos), ele volta a usar a droga, fazendo isso inúmeras vezes, até acabar todo o estoque que possui ou o dinheiro para consegui-la. A essa compulsão para utilizar a droga repetidamente dá-se o nome popular de “fissura”, que é uma vontade incontrollável de sentir os efeitos de “prazer” que a droga provoca. A “fissura” no caso do crack e da merla é avassaladora, já que os efeitos da droga são muito rápidos e intensos.

Além desse “prazer” indescritível, que muitos comparam a um orgasmo, o crack e a merla provocam também um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda de sensação do cansaço, falta de apetite. Esse último efeito é muito característico do usuário de crack e merla. Em menos de um mês, ele perde muito peso (8 a 10kg) e em um tempo maior de uso ele perde todas as noções básicas de higiene, ficando com um aspecto deplorável. Por essas características, os usuários de crack (craqueros) ou de merla são facilmente identificados. Após o uso intenso e repetitivo, o usuário experimenta sensações muito desagradáveis, como cansaço e intensa depressão.

### Efeitos tóxicos

A tendência do usuário é aumentar a dose da droga na tentativa de sentir efeitos mais intensos. Porém, essas quantidades maiores acabam por levar o usuário a comportamento violento, irritabilidade, tremores e atitudes bizarras devido ao aparecimento de **paranóia** (chamada entre eles de “nóia”). Esse efeito provoca um grande medo nos craqueros, que passam a vigiar o local onde usam a droga e a ter uma grande desconfiança uns dos outros, o que acaba levando-os a situações extremas de agressividade. Eventualmente, podem ter alucinações e delírios. A esse conjunto de sintomas dá-se o nome de “**psicose cocaínica**”. Além dos sintomas descritos, o craquero e o usuário de merla perdem de forma muito marcante o interesse sexual.

### Efeitos sobre outras partes do corpo

Os efeitos provocados pela cocaína ocorrem por todas as vias (aspirada, inalada, endovenosa). Assim, o crack e a merla podem produzir aumento das pupilas (midríase), que prejudica a visão; é a chamada “visão borrada”. Ainda pode provocar dor no peito, contrações musculares, convulsões e até coma. Mas é sobre o sistema cardiovascular que os efeitos são mais intensos. A pressão arterial pode elevar-se e o coração pode bater muito mais rapidamente (taquicardia). Em casos extremos, chega a produzir parada cardíaca por fibrilação ventricular. A morte também pode ocorrer devido à diminuição de atividade de centros cerebrais que controlam a respiração.

O uso crônico da cocaína pode levar a degeneração irreversível dos músculos esqueléticos, conhecida como rabdomiólise.

### Aspectos gerais

Como ocorre com as anfetaminas (cujos efeitos são em parte semelhantes aos da cocaína), as pessoas que abusam da cocaína relatam a necessidade de aumentar a dose para sentir os mesmos efeitos iniciais de prazer, ou seja, a cocaína induz **tolerância**. É como se o cérebro se “acomodasse” àquela quantidade de droga, necessitando de uma dose maior para produzir os mesmos efeitos prazerosos. Porém, paralelamente a esse fenômeno, os usuários de cocaína também desenvolvem **sensibilização**, ou seja, para alguns efeitos produzidos pela cocaína, ocorre o inverso da

tolerância, e com uma dose pequena os efeitos já surgem. Mas para a angústia do usuário os efeitos produzidos com pouca quantidade de droga são exatamente aqueles considerados desagradáveis, como, por exemplo, a paranóia. Dessa forma, com o passar do tempo, o usuário necessita aumentar cada vez mais a dose de cocaína para sentir os efeitos de prazer, porém seu cérebro está sensibilizado para os efeitos desagradáveis, ocorrendo como consequência do aumento da dose uma intensificação de efeitos indesejáveis, como paranóia, agressividade, desconfiança etc.

Não há descrição convincente de uma síndrome de abstinência quando a pessoa pára de usar cocaína abruptamente: não sente dores pelo corpo, cólicas, náuseas etc. Às vezes pode ocorrer de essa pessoa ficar tomada de grande “fissura”, desejar usar novamente a droga para sentir seus efeitos agradáveis e não para diminuir ou abolir o sofrimento que ocorreria se realmente houvesse uma síndrome de abstinência.

### Usuários de drogas injetáveis e Aids

No Brasil, a cocaína é a substância mais utilizada pelos usuários de drogas injetáveis (UDIs). Muitas dessas pessoas compartilham agulhas e seringas e expõem-se ao contágio de várias doenças, entre estas hepatites, malária, dengue e Aids. Essa prática é, hoje em dia, um fator de risco para a transmissão do HIV. Porém, os UDIs têm optado por mudança de via, assim, hoje em São Paulo, muitos antigos UDIs utilizam o crack por considerarem mais seguro, já que por essa via não compartilham seringas e agulhas. Entretanto, principalmente mulheres usuárias de crack, prostituem-se para obter a droga e geralmente o fazem sob efeito da “fissura”. Nesse estado, perdem a noção do perigo, não conseguem proceder a um sexo seguro, expondo-se a doenças sexualmente transmissíveis (DST) e, ainda, podendo transmitir o vírus a seus parceiros sexuais. Essa prática demonstra que o crack diante das DST/Aids não é tão seguro quanto se suponha inicialmente.

Segundo dados do “Projeto Brasil”, estudo epidemiológico realizado entre 1995 e 1996 com 701 UDIs, envolvendo vários centros do País, e coordenado pelo Instituto de Estudos e Pesquisas em Aids de Santos (Iepas), as taxas de prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis chegavam a 71% em Itajaí, 64% em Santos e 51% em Salvador.

No âmbito nacional, 21,3% dos casos de Aids registrados até maio de 1997 referiam-se à categoria de usuário de drogas injetáveis. As campanhas do Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST/Aids, têm reduzido muito o número de infectados por essa via. Porém, iniciam-se agora campanhas que venham coibir a transmissão de DST/Aids por crack.