



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Garcia de Oliveira, Lúcio; Nappo, Solange Aparecida
Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado
Revista de Saúde Pública, vol. 42, núm. 4, agosto, 2008, pp. 664-671
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240169012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Lúcio Garcia de Oliveira¹
Solange Aparecida Nappo^{II}

Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado

Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use

RESUMO

OBJETIVO: Caracterizar a situação do uso de crack na cidade de São Paulo, assim como o perfil sociodemográfico de seu usuário.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Estudo qualitativo etnográfico com amostra intencional de usuários (n=45) e ex-usuários de crack (n=17). Os participantes foram recrutados pela técnica de amostragem em cadeias e responderam a uma entrevista semi-estruturada, direcionada por questionário, durante os anos de 2004 e 2005. O conjunto de cada questão e suas respectivas respostas originou relatórios específicos que foram interpretados individualmente.

ANÁLISE DOS RESULTADOS: O perfil predominante do usuário de crack foi ser homem, jovem, solteiro, de baixa classe socioeconômica, baixo nível de escolaridade e sem vínculos empregatícios formais. O padrão de uso mais frequentemente citado foi o compulsivo, caracterizado pelo uso múltiplo de drogas e desenvolvimento de atividades ilícitas em troca de crack ou dinheiro. Entretanto, identificou-se o uso controlado que consiste no uso não-diário de crack, mediado por fatores individuais, desenvolvidos intuitivamente pelo usuário e semelhantes, em natureza, às estratégias adotadas por ex-usuários para o alcance do estado de abstinência.

CONCLUSÕES: A cultura do uso de crack tem sofrido mudanças quanto ao padrão de uso. Embora a maioria dos usuários o faça de forma compulsiva, observou-se a existência do uso controlado, que merece maior detalhamento, principalmente quanto às estratégias adotadas para seu alcance.

DESCRIPTORIOS: Cocaína Crack. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias, prevenção e controle. Fatores Socioeconômicos. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Pesquisa Qualitativa.

¹ Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Lúcio Garcia de Oliveira
Centro de Informações sobre Saúde e Álcool
Rua do Rocio, 423, 1208/1209 – Vila Olímpia
04552-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: lucio@cisa.org.br

Recebido: 24/5/2007
Revisado: 26/12/2007
Aprovado: 7/3/2008

ABSTRACT

OBJECTIVE: To characterize the situation regarding crack cocaine use in the city of São Paulo, along with the sociodemographic profile of its users.

METHODOLOGICAL PROCEDURES: Qualitative ethnographic study carried out with an intentional sample of crack cocaine users (n=45) and former users (n=17). The participants were recruited by means of the chain sampling method and they underwent a semi-structured interview guided by a questionnaire, in 2004 and 2005. The combination of each question and its respective responses gave rise to specific reports that were interpreted individually.

ANALYSIS OF THE RESULTS: The predominating profile of the crack cocaine users was that they were single young men of low socioeconomic class and low schooling level, without formal employment ties. The pattern of use most frequently cited was compulsive, characterized by multiple drug use and carrying out illegal activities in exchange for crack cocaine or money. However, controlled use was also identified. This consisted of non-daily use of crack cocaine mediated by individual factors that were developed intuitively by the user. Controlled use was similar in nature to the strategies adopted by former users to achieve a state of abstinence.

CONCLUSIONS: The culture of crack cocaine use has undergone changes regarding the pattern of use. Although most users do so compulsively, the existence of controlled use was observed. This deserves to be investigated in more detail, particularly with regard to the strategies adopted to attain this.

DESCRIPTORS: Crack Cocaine. Substance-Related Disorders, prevention & control. Socioeconomic Factors. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Qualitative Research.

INTRODUÇÃO

O primeiro relato de uso de crack na cidade de São Paulo ocorreu em 1989.⁷ O perfil do usuário de crack, descrito pela primeira vez por Nappo et al,¹⁷ foi identificado como homem, jovem, de baixa escolaridade e sem vínculos empregatícios formais. Em função dos efeitos do crack, era raro que os usuários consumissem-no uma única vez, prolongando o uso até que se esgotassem física, psíquica ou financeiramente.^{17,18} Em consonância com a realidade norte-americana,^{10,11,20} o pensamento dos usuários foca-se no consumo de crack de forma que sono, alimentação, afeto, senso de responsabilidade e sobrevivência perdem o significado. Em artigo de Nappo et al,¹⁸ observou-se que em função da sensação de urgência pela droga e na falta de condições financeiras, o usuário via-se forçado a participar de atividades ilícitas (tráfico, roubos e assaltos). Tal situação piorou com a inclusão das mulheres na cultura^a que, ao trocarem sexo por crack ou dinheiro, submetiam-se ao risco

de infecção por HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST).¹⁸ Consideradas em conjunto, tais atitudes têm interferido negativamente sobre a saúde e funcionamento social do usuário de crack de forma a marginalizá-lo, tanto no contexto micro (como nas redes de uso) quanto macrosocial (comunidades e sistemas de serviço).⁴

Embora a situação seja alarmante, nos Estados Unidos tem-se identificado a existência do uso controlado de crack, caracterizado como um consumo a longo-prazo, não-diário e racional, em que o usuário, por meio de estratégias de autocontrole, não tem permitido que a necessidade pela droga governe sua vida.⁸ No Brasil, em princípio, esse uso controlado não havia sido detectado entre os usuários de crack.^{17,18} O uso de crack persiste em território brasileiro,^b apesar dos graves problemas que causa a quem consome, como marginalidade, criminalidade e efeitos físicos e psíquicos devastadores.

^a Nappo SA, Sanchez ZM, Oliveira LG, Santos SA, Coradete Jr, Pacca JCB, Lacks V. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST-AIDS. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 2004.

^b Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo; 2007.

Desta forma, suspeita-se que a cultura de uso tenha sofrido mudanças desde sua primeira descrição, realizada na cidade de São Paulo, há 11 anos.^{17,18}

Assim, em linhas gerais, o objetivo do presente estudo foi caracterizar a situação do uso de crack na cidade de São Paulo, assim como o perfil sociodemográfico de seu usuário.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Em abordagem qualitativa, o fenômeno (objeto de investigação) é identificado a partir dos valores, crenças e representações do indivíduo ou do grupo que os detenha,¹⁶ logo, a amostra intencional²³ foi composta por casos ricos em informação, ou seja, usuários e ex-usuários de crack, de ambos os sexos e de idade superior a 18 anos. Considerou-se ex-usuário ou usuário o indivíduo que tivesse consumido crack por pelo menos 25 vezes na vida, evitando-se a inclusão de iniciantes.²¹ O ex-usuário deveria estar abstinente por período de, no mínimo, seis meses antes da seleção.

Foram selecionados 65 sujeitos, sendo 48 usuários (U) e 17 ex-usuários (E). Do total, três dos usuários foram excluídos, por desistência, totalizando 62 depoimentos. A amostra procurou incluir todos os perfis que satisfizessem aos critérios pré-estabelecidos, até que as informações atingiram o ponto de saturação teórica, momento em que a seleção foi interrompida.^{22,23}

A coleta de dados deu-se de meados de 2004 a início de 2005. A seleção da amostra foi mediada por informantes-chave, especialistas que facilitaram a aproximação dos investigadores à população-alvo e forneceram subsídios à elaboração do questionário de entrevista.²³ Em seguida, os investigados foram recrutados pela técnica de amostragem por cadeias, com ênfase à bola de neve,¹ construindo 15 cadeias de participantes. A maioria das cadeias foi constituída dentro da comunidade e poucas partiram de centros de tratamento ou outros programas de intervenção.

O principal instrumento de coleta foi a entrevista semi-estruturada, em profundidade, direcionada por questionário. Algumas perguntas foram previamente padronizadas para permitir a comparabilidade de respostas entre os sujeitos, enquanto outras foram aprofundadas ou inseridas durante a entrevista.⁵ Tendo em vista que o foco do trabalho foi caracterizar o consumo de crack como um todo, assim como o perfil de seu usuário, o roteiro de entrevista abordou os seguintes tópicos: perfil sociodemográfico do usuário, forma e padrão de uso (em termos de frequência e quantidade), efeitos (positivos e negativos), associação de crack a outras classes de drogas, atividades desenvolvidas pelo usuário sob a necessidade de crack e consequências de vida decorrentes de seu consumo.

Após transcrição, cada entrevista foi identificada com código alfanumérico significando, pela ordem: inicial do nome do entrevistado; idade do entrevistado; inicial do sexo do entrevistado; situação do uso de crack no momento da entrevista, ou seja, se usuário (U) ou ex-usuário (E). Foi criado programa específico para a tabulação dos dados, de tal forma que o conjunto de cada questão e suas respectivas respostas originou relatórios específicos, individualmente avaliados e interpretados.¹⁶

As entrevistas, anônimas e com duração média de 88 min, foram gravadas com a concordância prévia do entrevistado, após a leitura e aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

A maioria da amostra foi constituída por homens. Em sua maioria, os participantes eram jovens, solteiros(as), de baixo nível socioeconômico e de escolaridade, sem vínculos empregatícios formais, tal como as primeiras descrições da cultura realizadas há quase 11 anos.^{17,18} (Tabela)

Quase todos os entrevistados iniciaram o uso de drogas com álcool e tabaco, tendo relatado o uso recreacional (na vida) de até 14 substâncias diferentes. Em função de seu alto poder indutor de dependência,³ entre tais substâncias, o crack foi eleito como a droga de preferência.

Quase todos os entrevistados afirmaram que, dentre as vias de administração da cocaína, os efeitos de crack são os de início mais rápido, mais breves e mais intensos, dados condizentes com as diferenças farmacocinéticas entre tais vias.^{2,10}

“Porque ela não é uma droga que te deixa louco por horas, é pá e puf, é uma droga que você deu uma pausada ali e é por minutos (...)” (N19MU)

Os entrevistados sugeriram a divisão dos efeitos de crack em duas categorias: psíquicos e físicos. Os psíquicos aconteceriam em duas etapas distintas e sempre na mesma ordem, ou seja, primeiramente os efeitos positivos (de prazer) sucedidos pelos negativos (desagradáveis), em conformidade ao já descrito por Nappo et al.¹⁷

“Parecia que eu estava pisando nas nuvens ao lado de Deus. Imagina a situação, usando droga ao lado de Deus. Parecia o paraíso, que estava tudo bem, que não existia problemas (...)” (F17FE)

Os efeitos ditos negativos (alucinações; delírios; fissura – desejo incontrollável de repetir o uso; sensação de depressão e arrependimento) são comumente associados

Tabela. Perfil sociodemográfico dos usuários e ex-usuários de crack. São Paulo, SP, 2004-2005. N=62

Variável	Usuário	Ex-usuário	Total
Sexo			
Homem	34	12	46
Mulher	11	5	16
Faixa etária			
15-25	14	5	19
25-35	19	7	26
35-45	9	4	13
45 a mais	3	1	4
Estado civil			
Solteiro	18	6	24
Casado	8	6	14
Separado	18	5	23
Viúvo	1	0	1
Escolaridade			
Analfabeto	2	1	3
Fundamental incompleto	14	6	20
Fundamental completo	14	1	15
Ensino médio completo	12	8	20
Superior completo	0	1	1
Pós-graduação	3	0	3
Religião			
Ateu	2	1	3
Sem religião	11	2	13
Católica	13	10	23
Protestante	14	2	16
Espírita	4	1	5
Sincrético	1	1	2
Se trabalha atualmente			
Sim	19	10	29
Não	26	7	33

a sensações de perseguição (paranóia), despertando intenso medo e angústia no usuário e estimulando-lhe a adoção de comportamentos repetidos e atípicos que aliviem essa condição: abrir e fechar portas e janelas; apagar e acender luzes; buscar incessantemente por restos de crack que possam ter caído no ambiente de uso; entre outros.

Além dos efeitos psíquicos, foram relatados efeitos físicos, que podem ser subdivididos em motores e viscerais. Os efeitos motores consistem em contrações musculares involuntárias, principalmente da face que, acompanhadas por intensa protrusão do globo ocular garantem marcante expressão de pânico ao usuário de crack, conforme já citado por Siegel,²¹ servindo-lhe como potente identificador social.

“Era incrível, antes de queimar a primeira pedra, eu falava assim ‘vamos dar o último sorriso porque acabaram os sorrisos’, a transformação da fisionomia era incrível, tudo se transformava (...)” (J30MU)

As respostas viscerais foram relatadas como manifestações involuntárias do sistema gastrointestinal, mediadas por episódios de flatulência, diarreias e vômitos, despertadas prontamente com a simples recordação do crack ou do momento de seu uso.

“Só de pensar já dá dor de barriga, ânsia de vômito (...) já cheguei a buscar a droga vomitando (...) de tão desesperado pra fumar, perceber que eu tinha evacuado nas calças (...)” (A28MU)

Diferentemente dos estudos anteriores^{17,18} que enfatizavam o padrão compulsivo como a única modalidade de uso, o presente trabalho sugere a existência do padrão controlado. Caracterizado como o uso racional e não-diário de crack, tem gerado implicações individuais e sociais menos severas, amenizando o estereótipo anteriormente associado ao usuário de crack, reconhecido como alguém irresponsável, improdutivo e agressivo.

Dentre os padrões de consumo identificados, o uso compulsivo ainda foi o mais freqüente, consistindo no consumo diário de crack e podendo estender-se a até nove dias contínuos. Geralmente, esse uso só finalizava quando o usuário atingia o esgotamento físico, psíquico ou financeiro, corroborando estudos anteriores.^{11,18,20}

“Eu nem cheguei a contar os dias porque era constante (...) muitas vezes emendava o dia e a noite (...)” (M39ME)

Produto da busca incessante pelos efeitos positivos, o uso compulsivo de crack caracterizou-se pelo uso múltiplo de drogas e realização de atividades ilícitas na falta de recursos financeiros à aquisição de crack, situação que tem contribuído negativamente à condição já socialmente marginal do usuário.

Atividades ilícitas

Como a fissura gerava uma sensação de urgência por crack, o usuário esgotava rapidamente seus recursos financeiros, vendo-se obrigado a realizar atividades fora do mercado legal de trabalho, comprometendo sua liberdade e integridade física. Os entrevistados relataram a realização de inúmeras atividades ilícitas, a citar: prostituição, tráfico, roubos, seqüestros, venda de pertences próprios e familiares e golpes financeiros de naturezas diversas, nos mesmos moldes que têm sido relatados à cultura de crack norte-americana.⁶ Por já apresentar inovações quanto à forma de execução e pelos riscos associados, no presente manuscrito detalhou-se apenas a atividade de prostituição.

Metade das mulheres entrevistadas relatou já ter se prostituído em troca de crack. Embora essa atividade já tivesse sido sugerida nos momentos iniciais do aparecimento da cultura de crack na cidade de São Paulo,^{17,18} algumas mudanças têm sido observadas. Atualmente, tem-se identificado a prostituição compulsória, em que homens “emprestam” suas esposas a traficantes ou a outros usuários em troca de crack, de tal forma que o período e o número de pedras são combinados no momento da negociação.

“Eu já vi o cara trocar mulher por crack, o cara falava ‘você fica uma noite com ela e me dá uma quota’ e ela aceitar e ficar com o cara, era só dar uma quota e a mulher ficava lá (...)” (L39ME)

Além das novas modalidades de prostituição, a atividade tem deixado de ser de exclusividade feminina. Os homens entrevistados que já trocaram sexo por crack não se declararam homossexuais, mas quase todos praticavam-na com outros homens.

“Eu estava na rua, de madrugada, louco pra usar crack e aparecia um cara ‘oh, gatinho, vem aqui que eu quero te chupar’, se tem dinheiro, então demorou (...)” (R24MU)

Entre os homens, a recompensa era frequentemente feita por dinheiro, mas era possível a troca de sexo diretamente por crack, principalmente entre colegas de consumo. Não havia um valor fixo para o programa e tampouco pontos de prostituição. A prática de sexo oral foi a mais comum, tendo em vista que segundo os entrevistados, era a modalidade sexual que menos comprometeria sua sexualidade. Nos Estados Unidos, a prostituição feminina já foi extensamente relatada e a masculina tem sido recentemente identificada.^{12,15} Maranda et al¹⁵ sugerem diferentes etiologias para as duas prostituições, ou seja, enquanto a feminina seria produto exclusivo da fissura por crack, a masculina parece ser o produto combinado da fissura ao aumento da libido sexual induzido por crack, distinção que merece detalhamento em estudos futuros.

Combinação de drogas

O uso múltiplo de drogas é outra característica marcante do atual padrão compulsivo de uso, substituindo paulatinamente o uso exclusivo, relatado na primeira descrição da cultura de crack na cidade de São Paulo.¹⁷ Embora presente na literatura,^{9,14,19,20} as motivações subjacentes ao uso múltiplo de drogas sempre permaneceram pouco esclarecidas. Assim, conforme os entrevistados do presente estudo, o uso múltiplo surgiria como a possibilidade de manipular a intensidade ou a duração dos efeitos de crack, seja como paliativo aos efeitos negativos ou com fins de intensificar ou prolongar os efeitos positivos. As drogas associadas mais frequentemente citadas foram: álcool, maconha e cloridrato de cocaína.

O álcool tem sido empregado como paliativo aos efeitos negativos de crack,^{14,18,19,20} como ilustrado pela fala a seguir:

“(...) a bebida me acalma, pra eu não pensar mais em fumar eu vou no bar e tomo uma cerveja (...) se eu não bebo me dá um nervoso, eu ando a cidade todinha até encontrar um lugar pra eu tomar uma (...)” (J39MU)

Conforme os entrevistados, o consumo de álcool criava ciclos de uso álcool-crack, de forma que uma droga passava a estimular o uso da outra e vice-versa.¹⁴ Quanto à ordem de administração, todos os entrevistados relataram ingerir álcool após crack, ordem que, segundo Gossop et al,⁹ diminui os benefícios da associação, pois os efeitos vasoconstritores da cocaína diminuiriam a absorção do álcool. Em linhas gerais, as ações do álcool parecem ser mediadas pela formação do cocaetilenol, metabólito da cocaína formado na presença de álcool que, de meia-vida maior e de efeitos semelhantes à cocaína, aumentaria o período de intoxicação, colocando a saúde do usuário sob maiores riscos.^{2,19}

A maconha, de acordo com os entrevistados, era usada como paliativo aos efeitos negativos de crack.^{8,12} Baseado em tal efeito, Labigalini Jr. et al¹³ apontaram a adoção da maconha como importante estratégia à redução dos danos associados ao uso crônico de crack de forma a diminuir a fissura e os demais sintomas associados à síndrome de sua abstinência, o que possibilitaria, em longo prazo, a reintegração sócio-laboral do usuário.

“(...) eu gasto meus 10, 20 contos em crack e depois fumo um baseado pra baixar a brisa (...) até porque depois você vai dar uma desacelerada pra chegar em casa com uma cara boa (...)” (JL27MU)

Embora não interfira sobre a intensidade dos efeitos positivos, a maconha parece prolongar sua duração, seja administrada simultaneamente (como mesclado) ou após crack (na forma de baseado).

“(...) com maconha prolonga mais, se antes era 5 minutos, com maconha passa a ser 10 e você fica mais louco (...)” (F26MU)

O uso combinado com o cloridrato de cocaína (via aspirada) aumenta a intensidade e duração dos efeitos positivos,⁹ além de atuar como paliativo dos efeitos negativos. Seu emprego por usuários de crack é tão intenso que, conforme Gossop et al,⁹ chegaria a ultrapassar em frequência o uso realizado por usuários exclusivos de cloridrato de cocaína.

“Eu usava bastante crack e quando acabava ficava com aquela fissura e a cocaína dá uma baixada nisso, senão você acaba fazendo besteira (...)” (M22MU)

Outras drogas foram empregadas em combinação ao crack para intensificar seus efeitos positivos (como a triexifenidila – TEF) ou como paliativo aos efeitos negativos (e.g., benzodiazepínicos e inalantes).

A triexifenidila (TEF), substância anticolinérgica sintética, é medicamento empregado no tratamento sintomático da moléstia de Parkinson e no controle dos sintomas extrapiramidais secundários ao uso de drogas neurolépticas. A TEF tem ação sobre o sistema nervoso central, possibilitando efeitos psíquicos de importância como euforia e intensificação das sensações físicas, seja audição, visão ou tato e já constam relatos sobre seu uso recreativo entre usuários de crack.

Poucos entrevistados relataram o uso exclusivo de crack, forma de consumo mais prevalente na época da primeira descrição da cultura na cidade,¹⁷ resultante, principalmente, da apreciação das sensações isoladas de crack. De baixa prevalência, as motivações do uso exclusivo, além da anteriormente mencionada, estendem-se à descrença de que outras drogas pudessem, de alguma maneira, potencializar ou amenizar os efeitos de crack e em virtude do desconhecimento e/ou temor das consequências decorrentes de uma possível associação.

“(...) você não consegue associar crack a nada, é só ele (...) ele te derruba e te leva para o fundo do poço, mas é ele, não há outra droga junto (...)” (V45ME)

No que concerne às drogas lícitas (álcool e cigarro), os entrevistados relataram o aumento de sua frequência e quantidade de uso depois de empregadas como drogas associadas, podendo, em longo prazo substituir o crack como droga de preferência.

“Não usava álcool antes, hoje não sei sair lá do Butantã e vir até o Hospital São Paulo sem parar no bar e tomar uma cerveja.” (R24MU)

Em contrapartida, o uso de outras drogas ilícitas diminuiu após iniciado o uso de crack, principalmente maconha e cloridrato de cocaína (via aspirada), embora fossem empregadas como drogas associadas. Assim, na falta de recursos financeiros para aquisição de outras drogas, tornou-se clara a preferência por crack:

“(...) o crack me levou a usar cada vez mais ele, mas foi inibindo as outras drogas (...) se eu tenho dinheiro pra comprar crack porque eu vou comprar cocaína se o crack me deixa mais louco?” (E23ME)

Uso controlado

Embora o padrão compulsivo ainda seja o mais comum, tem sido identificado o uso controlado de crack, em semelhança ao já descrito nos Estados Unidos.⁸ Embora já observado entre usuários de cloridrato de cocaína (via aspirada), na cidade de São Paulo, usuários de crack não conseguiam manter o controle sobre o uso, principalmente em decorrência da fissura a ele associada.¹⁸

O padrão controlado foi caracterizado pelo uso não-diário de crack e comumente conciliado às atividades sociais pré-existentes (no que se refere à família, ati-

vidades escolares e trabalho), protegendo o usuário da marginalização.

“Acordava cedo todos os dias, ia trabalhar normalmente, corria aos finais-de-semana, ia no baile com minha namorada, quer dizer, eu tinha outras coisas pra ocupar minha cabeça, então sobrava pouco tempo pra pensar em crack (...)” (JL27MU)

A prática de atividades ilícitas não foi mencionada por usuários controlados, permitindo-lhes conservar algum senso de ordem em suas vidas,⁸ de tal forma que se manifestaram contra os fatores farmacológicos e fisiológicos típicos à dependência de crack.^{3,10}

“Sujo, cobertor nas costas, descalço (...) eu falei não, pelo amor de Deus, isso eu não quero. Jamais vou vender minhas coisas, tirar alguma coisa de mim pra fumar (...)” (A30MU)

O consumo controlado foi usualmente identificado entre usuários que já houvessem passado pela fase compulsiva de uso de crack. A transição da fase compulsiva à controlada ocorreu depois de anos de consumo, no momento em que o indivíduo conscientizou-se das implicações e concessões feitas em favor da continuidade do uso de crack. O fato de acreditarem não ter mais estrutura física, psíquica ou moral para lidarem com as consequências decorrentes do próprio consumo, assim como a observação da vida desastrosa de colegas de uso, foram os principais motivos para o “despertar” do indivíduo à vida, dirigindo-se ao uso controlado ou até mesmo à abstinência.

“(...) o tesão que o crack dá, não tem igual. Eu lamento não poder, quer dizer, poder eu posso, só que tenho que arcar com as consequências e não estou mais disposto a isso (...) uma vez basta, errar duas vezes é burrice (...)” (R24MU)

O relato de usuários compulsivos sobre o conhecimento de usuários de crack que mantinham controle sobre a droga reforçou a existência sobre o uso controlado.

“Tem um amigo meu que faz uso recreativo, não tem problema nenhum, talvez por meia hora fique aquele viciado tremendo, mas depois volta ao normal (...)” (P29FU)

Embora uma minoria dos entrevistados tenha reduzido a frequência e quantidade de uso por intermédio de métodos de intervenção externos (e.g. tratamento religioso, medicamentoso ou psicoterápico), os demais alcançaram o padrão controlado com estratégias de autocontrole ou auto-regulação, individual e intuitivamente desenvolvidas. Ou seja, consistem em estratégias individuais, fatores de proteção internos desenvolvidos pelo próprio usuário ao se basear nas suas próprias crenças e valores. Assim, acredita-se que tais estratégias possam ser eficientemente incorporadas a programas de redução de danos, minimizando as implicações de vida associadas ao uso compulsivo.

Com efeito, o uso dessas estratégias também foi relatado por ex-usuários, à época de consumo, consistindo em um possível meio de alcance do estado de abstinência e, portanto, em uma relevante ferramenta para programas de intervenção terapêutica.

Dentre as estratégias adotadas, foram mencionadas:

1. substituição da pedra de crack por formas “mais leves” de consumo (e.g. pitilho ou mesclado – crack com tabaco e maconha, respectivamente) ou pelo uso de outras substâncias psicotrópicas.

“Eu estava ficando muito magro, aí passei a usar duas ou três vezes por semana, mas pra controlar eu compensava com bebida (...)” (M22MU)

2. Afastamento do contexto social de crack. Trata-se de uma eficiente estratégia intuitiva, pois um dos motivos que levam à recaída de uso são as “pistas ambientais” a ele associadas, como o local e amigos de consumo.

“(...) porque eu não passo por lugares onde eu passava, eu evito as pessoas que fazem o uso (...)” (P30MU)

3. Reprogramação de pensamentos e comportamentos, especialmente nos momentos de ócio.

“Agora o crack está tomando um espaço menor na minha vida, consigo ter momentos de lazer, voltei a ter contato com o pessoal do skate e agora também estou com uma namoradinha (...)” (A28MU)

4. Diminuição do emprego das drogas sabidamente interferentes sobre os efeitos e/ou frequência e quantidade de uso de crack, passo que parece ser subsequente à estratégia 1 no processo de alcance do uso controlado.

“Foi aí que eu diminuí o álcool porque ele dá aquela ansiedade de mexer com crack. E se você não beber, não fica transtornado, com aquela vontade (...)” (J41MU)

Embora algumas das estratégias ao alcance do uso controlado pareçam contraditórias, principalmente no que se refere aos itens 1 e 4 (por estimularem e reduzirem, respectivamente, o uso de outras substâncias interferentes sobre o uso de crack, como o álcool), são

necessários estudos que as descrevam em profundidade e identifiquem uma possível ordem cronológica entre elas, categorizando-as como passos de um amplo processo de recuperação.

CONCLUSÕES

Na cidade de São Paulo, a cultura de uso de crack tem sofrido consideráveis mudanças ao longo desses 11 anos após sua primeira descrição. O perfil socio-demográfico do usuário é praticamente o mesmo e o uso compulsivo é ainda majoritário, com importante comprometimento físico, moral e social do usuário. O uso exclusivo tem sido paulatinamente substituído pela associação do crack a outras drogas, caracterizando o usuário, da cidade de São Paulo, como um politoxicômano. Inicialmente empregado para modular os efeitos positivos e negativos de crack, o uso múltiplo de drogas tem adicionado multi-dependências e co-morbidades ao quadro psiquiátrico já existente. Além de dificultar a identificação da severidade do uso de crack, o uso múltiplo de drogas dificulta a adesão do paciente a possíveis intervenções terapêuticas e seu sucesso.

Em paralelo, a sensação de urgência por crack tem incentivado o usuário à realização de atividades ilícitas, intensificando o processo de marginalização social e os riscos à sua liberdade e integridade física, psíquica e moral. Destaca-se a prostituição que, uma vez estendida aos homens, predispõe a cultura a riscos importantes.

Consideradas em conjunto, as implicações associadas ao uso de crack consistem em importante problema à saúde pública, sendo necessário o desenvolvimento de programas de intervenção e políticas públicas ao seu controle. Em contrapartida, o presente trabalho já indica a existência do uso controlado de crack, com características distintas do uso compulsivo. Trata-se do uso mais racional de crack com menores implicações individuais e sociais. As estratégias intuitivamente desenvolvidas semelhantes às medidas adotadas por ex-usuários para alcançar o estado de abstinência, consistem em importantes alternativas à redução de danos e, até mesmo, interrupção do uso.

Em linhas gerais, ressalta-se que a informação para redução de danos ou abstinência pode advir do próprio usuário de crack, detentor do conhecimento, apontando a necessidade de estudos detalhados a respeito.

REFERÊNCIAS

1. Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Res.* 1981;10(2):141-63.
2. Chasin AAM, Mídio AF. Exposição humana à cocaína e ao cocaetilenó: disposição e parâmetros toxicocinéticos. *Rev Farm Bioquim Univ São Paulo.* 1997;33(1):1-12.
3. Chen CY, Anthony JC. Epidemiological estimates of risk in the process of becoming dependent upon cocaine: cocaine hydrochloride powder versus crack cocaine. *Psychopharmacology (Berl).* 2004;172(1):78-86. doi:10.1007/s00213-003-1624-6
4. Clatts MC, Welle DL, Goldsamt LA, Lankenau SE. An ethno-epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: reflections on the "emergence" of crack injection. *Int J Drug Pol.* 2002;13(4):285-96. doi:10.1016/S0955-3959(02)00123-8
5. Creswell JW. Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
6. Cross JC, Johnson BD, Davis WR, Liberty HJ. Supporting the habit: income generation activities of frequent crack users compared with frequent users of other hard drugs. *Drug Alcohol Depend.* 2001;64(2):191-201. doi:10.1016/S0376-8716(01)00121-1
7. Dunn J, Laranjeira RR, Silveira DX, Formigoni ML, Ferri CP. Crack cocaine: an increase in the use among patient attending clinics in São Paulo 1990-1993. *Subst use Misuse.* 1996;31(4):519-27. doi:10.3109/10826089609045824
8. German D, Sterk CE. Looking beyond stereotypes: exploring variations among crack smokers. *J Psychoactive Drugs.* 2002;34(4):383-92.
9. Gossop M, Manning V, Ridge G. Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. *Alcohol Alcohol.* 2006;41(2):121-25. doi:10.1093/alcalc/agh260
10. Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA.* 1996;276(19):1580-8. doi:10.1001/jama.276.19.1580
11. Inciardi JA, Lockwood D, Pottier AE. Women and crack-cocaine. New York: Macmillan Publishing Company; 1993.
12. Inciardi JA, Surratt HL. Drug use, street crime and sex-trading among cocaine-dependent women: implications for public health and criminal justice policy. *J Psychoactive Drugs.* 2001;33(4):379-89.
13. Labigalini Jr E, Rodrigues LR, Silveira DX. *J Psychoactive Drugs.* 1999;31(4):451-5.
14. Magura S, Rosenblum A. Modulating effect of alcohol use on cocaine use. *Addict Behav.* 2000;25(1):177-22. doi:10.1016/S0306-4603(98)00128-2
15. Maranda MJ, Han C, Rainone GA. Crack cocaine and sex. *J Psychoactive Drugs.* 2004;36(3):315-22.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec; 1994.
17. Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse.* 1996;31(5):565-79. doi:10.3109/10826089609045827
18. Nappo SA, Galduróz JC, Raymundo M, Carlini EA. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs.* 1999;33(3):241-53.
19. Pennings EJ, Leccese AP, Wolff FA. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction.* 2002;97(7):773-83. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00158.x
20. Siegel RK. Cocaine smoking. *J Psychoactive Drugs.* 1982;14(4):271-359.
21. Siegel RK. New patterns of cocaine use: changing doses and routes. In: Kozel, N, Adams EH, editors. Cocaine use in America: epidemiologic and clinical perspective. Rockville: National Institute on Drug Abuse; 1985.
22. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
23. World Health Organization. Qualitative Research for health programmes. Geneva; 1994.

Artigo baseado na tese de doutorado de LG Oliveira apresentada ao Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em 2007.

LG Oliveira foi apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes; bolsa de doutorado). Financiado pela Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp; Processo N.º 04/07153-8).