

Janaina Rubio Gonçalves

**PERCEPÇÃO DE PESSOAS QUE FIZERAM USO DE DROGAS
(ÁLCOOL, MACONHA E CRACK) SOBRE O ESTIGMA A QUE ESTÃO
SUJEITOS NA SOCIEDADE**

Tese apresentada à Universidade Federal
de São Paulo – Escola Paulista de
Medicina, para obtenção do título de
Doutor em Ciências.

São Paulo
2019

Janaina Rubio Gonçalves

**PERCEPÇÃO DE PESSOAS QUE FIZERAM USO DE DROGAS
(ÁLCOOL, MACONHA E CRACK) SOBRE O ESTIGMA A QUE ESTÃO
SUJEITOS NA SOCIEDADE**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientadora:

Profa. Dra. Solange Aparecida Nappo

São Paulo

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Campus São Paulo
Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina

Gonçalves, Janaina Rubio

Percepção de pessoas que fizeram uso de drogas (álcool, maconha e crack) sobre o estigma a que estão sujeitos na sociedade / Janaina Rubio Gonçalves. – São Paulo, 2019.
xv, 182f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Perception of people who have used drugs (alcohol, marijuana and crack) on the stigma to which they are subject in society.

1. Dependência. 2. Estigma social. 3. Maconha. 4. Álcool. 5. Crack

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

Chefe do Departamento:

Profa. Dra. Rosemeire Andreazza

Coordenadora do Curso de Pós-graduação:

Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez Dutenhfner

Janaina Rubio Gonçalves

**PERCEPÇÃO DE PESSOAS QUE FIZERAM USO DE DROGAS
(ÁLCOOL, MACONHA E CRACK) SOBRE O ESTIGMA A QUE ESTÃO
SUJEITOS NA SOCIEDADE**

Presidente da banca:

Profa. Dra. Solange Aparecida Nappo

Banca examinadora:

Profa. Dra. Ana Lúcia Spiassi

Prof. Dr. José Carlos Fernandes Galduróz

Prof. Dr. Lúcio Garcia de Oliveira

Prof. Dr. Marcelo Sodelli

Suplentes:

Profa. Dra. Denise Pimentel Bergamaschi

Prof. Dr. Maykon Anderson Pires de Novais

Aprovada em: ____/____/____

Dedicatória

Ao meu ser de luz e anjo da guarda, minha avó materna, Maria Rubio (*in memorian*), que dedicou sua vida para zelar por mim. Sou privilegiada por tê-la todos os dias ao meu lado, me incentivando, apoiando, me amando e acreditando em todos os meus passos...

“Saudade tem cheiro, tem gosto. Saudade é a vontade que não passa, é a ausência que incomoda. Saudade é prova de que valeu a pena” (autor desconhecido).

Te amo eternamente. A senhora é minha eterna inspiração!

Agradecimentos

À minha mãe, que a cada dia acompanha minhas vitórias. Obrigada por todos os momentos que estamos tendo, pelas palavras, orações (haja oração!), pelo amor, afeto, pela amizade que viemos construindo. Vó e mãe, meus amores incondicionais.

Ao meu marido, Guilherme Krasucki, por estar comigo desde a graduação. Dez anos acreditando nos meus sonhos, me apoiando e ajudando nos melhores e piores momentos. É quem me dá a mão quando penso em fraquejar, quem me faz sorrir quando penso em chorar, quem me abraça quando penso em desmoronar...Você é a minha alegria, meu amigo, meu parceiro, meu grande amor! Obrigada por estar comigo sempre!!!

Aos nossos filhos “patudos”, Shiva, Snoop, Pandora e a nossa pequena agregada, Xuxa, por estarem sempre demonstrando amor e alegria, simplesmente por sentirem nossa presença, independentemente de qualquer situação. Estão sempre nos ensinando o que é amor incondicional. Na saúde ou na doença, na alegria ou na tristeza, com ou sem bolsa de estudos, estamos juntos para sempre!

À minha orientadora, Solange Nappo, que me acompanha desde 2011. Agradeço muito pela confiança, parceria, palavras de incentivo, paciência e credibilidade no meu trabalho! Foram anos juntas e não se anime, este não é o fim! Ainda teremos futuros artigos e projetos juntas. Obrigada por caminhar ao meu lado até aqui e que sigamos assim...!

À minha irmã, Vívian e à sua família, que me “adotaram”, como o meu tio Erasmo (pai), tia Elisabeth (mãe), Flávia (irmã) e Luciano (irmão). Família não é conta sanguínea, é sintonia, harmonia, parceria... e foi tudo isso e muito mais que recebi dessas pessoas tão especiais na minha vida. Vívian, o que dizer do que vivemos juntas até hoje? Do que sabemos uma da outra? Do quanto nos conhecemos e nos amamos! Uma amizade sem igual! Poucas pessoas, infelizmente, têm o prazer de viver uma “irmãzade” como a nossa! Obrigada, irmã, por tudo que fez e faz por mim! Como sempre falamos, seremos bem idosas, numa cadeira de balanço, ouvindo *Rage Against the Machine!*

Ao meu irmão, João Matheus, e minha boadrasta, Marlene, também chamada de Mãerlene. Vocês são e sempre serão especiais na minha vida. Que sigamos essa família unida que somos. Vocês são os presentes que a vida me deu.

Ao meu “novo” irmão, Ronan, que veio como um presente durante essa tese. Obrigada por nos encontrarmos!

Ao meu orientador de graduação, Gilmar Roberto Zaffari, que tanto me incentivou a seguir meus sonhos. Com muito carinho e paciência, auxiliou nos meus primeiros passos como profissional e segue acompanhando, mesmo distante, todas as minhas conquistas.

À Paty, Val e Hebert, pessoas tão relevantes nesse meu processo de formação acadêmica (mestrado e doutorado). Entre correrias e obrigações de rotina, sempre tentamos nos encontrar. Desfrutamos de tantas risadas, desabafos... mas muito mais risadas... Mesmo quando o clima não era bom, vocês conseguiam torná-lo melhor. Não pensem que, porque estou defendendo a tese, irão se livrar de mim. Quando menos esperarem, surjo por aí para matar as saudades e chorarmos de tanto rir!!! Obrigada pelo apoio e amizade de sempre!

À cada participante dessa pesquisa, um agradecimento especial por confiarem em mim e na pesquisa. Muitas histórias, desabafos, lembranças e momentos de dor foram compartilhados, e a complexidade de cada experiência e vivência transformaram a minha vida. Só tenho a agradecer por cada minuto que se dedicaram a enriquecer não só a pesquisa, mas a minha alma, o meu ser.

À Marta Ana Jezierski que, desde meu mestrado, vem sendo amiga, psiquiatra, *gatekeeper*, informante-chave, mas sempre sendo parceira!

À Maria Angélica Comis, por sua amizade e conhecimento. Sempre muito atenciosa, carinhosa e divertida, me auxiliando no que precisei. Te admiro muito, Angélica!

Ao “É de Lei”, e ao projeto RESPIRE, que me proporcionaram um ambiente de muito conhecimento, entre palestras, fóruns, chás de lírio, rodas de conversa e convivência com a prática de redução de danos. Admiro demais o trabalho diário dessa ONG e me sinto privilegiada por estar em contato com vocês.

Às minhas amigas mais acolhedoras, Karin, Gisele e Thavila, obrigada por esse grupo que formamos (“namastreta”) de mulheres fortes, guerreiras, que sofrem de déficit de atenção e “hiperativismo”, me estimulando todos os dias a lutar por tudo aquilo em que acreditamos. O significado da palavra “acolhimento” foi o que mais internalizei convivendo com vocês.

Ao Gabriel Caê, meu grande amigo desde a faculdade, que me ofereceu, além de sua casa como hospedagem em São Paulo, enquanto meu doutorado, mas também sua fiel amizade, atenção carinho e parceria.

À Yone, com toda sua atenção e carisma., entre cafés, almoços e encontros em eventos, sempre compartilhou sua experiência de trabalho comigo. Uma informante-chave e *gatekeeper* de pesquisa e para minha vida! Te admiro demais, mulher! Te quero sempre por perto!

Ao Julino, Jamile, Nádia e Mari, por me incentivarem e me apoiarem sempre! Obrigada Já e Ju por me acolherem no cantinho de vocês. Por ter o apoio, a casa onde ficar e o carinho que me proporcionaram, consegui realizar meu doutorado com mais leveza, tanto no bolso (rs) quanto na vida pessoal.

Às minhas amigas de faculdade, Cris, Lívia, Jucéli, Ju Roemers, Raquel (Raca), Helen (Pocah), Simone, Luiza, Priscila, Bruninha (“sobrinha”), Mirela e Fernanda, pela parceria, amizade, família que formamos. Agradeço também pela nossa coragem de fazer uma tatuagem em comum, representando nossa união desde 2004/2. Amo vocês!

Ao Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/CEBRID, por me proporcionar um espaço de conhecimento e experiência profissional.

À “Cultive seus Direitos”, em especial à Cidinha Carvalho e Renata Monteiro, por me permitir fazer parte dessa associação de luta e resistência. Através de vocês, pude aprender muito mais que o uso terapêutico da maconha. Obrigada pela oportunidade e confiança em mim depositada, por me permitirem acompanhar a evolução de cada

paciente, por me ensinarem lições de vida, de luta, militância, resistência, carinho, afeto... Obrigada, Cultive!

A SBEC, em especial à Dra. Eliane, por me proporcionar muito conhecimento na área de *Cannabis Medicinal*, oportunidades e contatos profissionais, além de confiar em meu trabalho.

A todos aqueles a quem esta tese possa auxiliar de alguma maneira.

Agradecimento especial

Esta tese foi realizada no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo, com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) (Processo Nº BEX-1799/05-3) e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).

Sumário

Dedicatória	v
Agradecimentos	vi
Lista de siglas	xiii
Resumo	xiv
Abstract	xv
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 O Proibicionismo - controladores sem controle e uma tragédia anunciada	2
1.2 Definições de preconceito e estigma	9
1.2.1 Estigma e usuários de drogas	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral	13
2.2 Objetivos específicos	13
3 REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 Influência proibicionista no Brasil	15
3.1.1 Álcool	17
3.1.2 Maconha	23
3.1.3 Crack	30
4 MÉTODOS	37
4.1 Método de abordagem	38
4.2 Amostra	39
4.2.1 Tipo de amostra	39
4.2.2 Tamanho da amostra	40
4.3 Obtenção da amostra	41
4.3.1 Entrevistas com informantes-chave	41
4.3.2 Entrevista com os sujeitos da amostra	42
4.4 Preparação do material	43
4.5 Tratamento dos resultados	44
5 RESULTADOS	46
5.1 Dados Demográficos	47
5.1.1 Grupo Álcool	47
5.1.2 Grupo Maconha	48
5.1.3 Grupo Crack	48
5.2 Álcool	50
5.2.1 Histórico de uso de drogas	50

5.2.2	Como utilizavam o álcool	51
5.2.3	Prejuízos/benefícios com o uso do álcool	51
5.2.4	Cessar o uso	55
5.2.5	Percepção dos entrevistados do grupo de álcool, em relação aos prejuízos causados por maconha e crack	57
5.2.6	Busca de tratamento.....	60
5.2.7	Relação familiar	63
5.2.8	Trabalho, estudo e outras metas	67
5.2.9	Sobre busca de informação a respeito do tema	78
5.3	Maconha	82
5.3.1	Histórico de uso de drogas	82
5.3.2	Como utilizavam a maconha.....	82
5.3.3	Prejuízos/benefícios com o uso da maconha.....	83
5.3.4	Cessar o uso	86
5.3.5	Percepção dos entrevistados do grupo maconha, em relação aos prejuízos causados por álcool e crack.....	87
5.3.6	Busca de tratamento.....	91
5.3.7	Relação familiar	92
5.3.8	Trabalho, estudos e outras metas.....	97
5.3.9	Sobre busca de informação a respeito do tema	106
5.4	Crack	109
5.4.1	Histórico de uso de drogas	109
5.4.2	Como utilizavam o crack.....	110
5.4.3	Prejuízos/Benefícios com o uso do crack.....	111
5.4.4	Cessar o uso	114
5.4.5	Percepção dos entrevistados do grupo de crack, em relação aos prejuízos causados por álcool e maconha	115
5.4.6	Busca de tratamento.....	118
5.4.7	Relação familiar	120
5.4.8	Trabalho, estudos e outras metas.....	123
5.4.9	Sobre busca de informação a respeito do tema	139
6	DISCUSSÃO	146
7	CONCLUSÕES.....	158
8	REFERÊNCIAS	160

Anexos

Apêndices

Bibliografia consultada

Lista de siglas

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasileira
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNFE	Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes
CR	Consultórios de Rua
EUA	Estados Unidos da América
IC	Informantes-Chave
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PSR	População em Situação de Rua
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SHR	Serviço Hospitalar de Referência
SUS	Sistema Único de Saúde
UDIs	Usuários de Drogas Injetáveis

Resumo

Introdução: No mundo contemporâneo, as drogas, de forma simplista, foram classificadas como lícitas e ilícitas, tornando a venda e consumo de um grupo de substâncias psicoativas proibidas. Consideradas grandes vilãs à saúde pública, as drogas ilegais trazem graves consequências ao usuário. Além da punição de quem as consomem, produzem e comercializam a marginalização e a estigmatização, geradas pela sociedade a respeito dessa população, são alguns desses grandes prejuízos, criando barreiras na qualidade do tratamento, recuperação e reinserção social desses usuários. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo geral analisar e identificar as percepções de pessoas que fizeram uso de álcool, maconha ou crack, em relação a estigma e preconceito. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de entrevistas em profundidade. Utilizou-se a técnica do ponto de saturação teórica como indicativo de que a amostra foi suficiente. As entrevistas foram transcritas literalmente, inseridas e analisadas pelo software NVivo 10, com exploração dos dados mediante a técnica de análise de conteúdo. **Resultados/Discussão:** Os três grupos experimentaram algum tipo de estigma/discriminação/preconceito em alguma esfera da vida. A família, escola e profissionais de saúde tiveram reações diferentes com os usuários entrevistados, dependendo da droga em questão. A visão de falha de caráter e pouca colaboração para cessar o uso comprometeu a relação dessas esferas com os usuários entrevistados. O crack despertou o estigma mais intenso e violento, levando algumas vezes o usuário à exclusão social. O estigma da maconha apresentou-se de forma branda, existindo uma tolerância para com o uso. Os relatos de ações que comprometessem a vida desses usuários foram inexistentes. O álcool também gerou estigma, principalmente por parte dos profissionais de saúde, que não acreditavam na recuperação desses usuários. **Conclusão:** O estigma interferiu na vida dos participantes da pesquisa de forma definitiva, modificando vários desfechos, como por exemplo a performance no tratamento, na escola e na relação familiar. O estigma contribuiu muitas vezes para o aumento do consumo da droga, abandono da escola e do tratamento e abandono do lar. As instâncias que deveriam proteger o usuário do estigma dirigido a eles pela sociedade, absorveram o senso comum e comportaram-se de forma similar, porém gerando um prejuízo maior pelo significado e ascensão que possuem na vida desses participantes.

Abstract

Introduction: In the contemporary world, drugs, in a simplistic way, were classified as licit and illicit, making the sale and consumption of a group of psychoactive substances prohibited. Considered major villains in public health, illegal drugs bring serious consequences to the user. Besides the punishment of those who consume them, they produce and market the marginalization and stigmatization generated by society in relation to this population, are some of these great damages, creating barriers in the quality of treatment, recovery and social reintegration of these users. **Objective:** This study aims to analyze and identify the perceptions of people who have used alcohol, marijuana or crack cocaine in relation to stigma and prejudice. **Method:** This is a qualitative research, developed through in-depth interviews. The theoretical saturation point technique was used as indicative that the sample was sufficient. The interviews were literally transcribed, inserted and analyzed by the software NVivo 10, with data exploration, using the technique of content analysis. **Results/Discussion:** The three groups experienced some kind of stigma/discrimination/prejudice in some sphere of life. The family, school and health professionals had different reactions with the users interviewed, depending on the drug in question. The view of lack of character and little collaboration to cease use compromised the relationship of these spheres with the users interviewed. Crack has awakened the most intense and violent stigma, sometimes leading the user to social exclusion. Marijuana stigma was mild and there was a tolerance for use. Reports of actions that compromise the lives of these users were non-existent. Alcohol also generated stigma, especially from health professionals, who did not believe in the recovery of these users. **Conclusion:** The stigma interfered in the life of the research participants in a definitive way, modifying several outcomes, such as the performance in treatment, school and family relationship. Stigma has often contributed to increased drug use, dropping out of school and treatment and abandonment of the home. Instances that should protect the user from stigma directed at them by society, have absorbed common sense and they behaved in a similar way, but generating greater harm by the meaning and ascension they have in the lives of these participants.

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Proibicionismo - controladores sem controle e uma tragédia anunciada

De acordo com Fitzpatrick (2018), o uso de drogas é um fenômeno antigo, recorrente e disseminado em todos os momentos da história da humanidade (Guerra-Doce, 2015; Carneiro, 2019).

Entretanto, os modos pelos quais sua existência é concebida e vivenciada variam em razão de inúmeros determinantes sociais, históricos e culturais.

No mundo contemporâneo, o uso de drogas passou a ser classificado, de forma simplista, em duas categorias: lícito e ilícito. Portanto, a venda e consumo de um grupo de substâncias psicoativas passaram a ser proibidos. Ao iniciar o proibicionismo, instalou-se uma luta contra essas substâncias em que se delimitou o uso de drogas lícitas como positivo e o de drogas ilícitas como negativo (Fiore, 2012; Santos et al., 2015; Fitzpatrick, 2018).

Essa divisão entre lícito e ilícito, legal e ilegal, permitido e proibido, deflagrou a chamada guerra às drogas que, há mais de um século não vem obtendo muito sucesso, quando diz respeito ao seu objetivo de controlar e/ou proibir o uso, a produção e a venda de substâncias psicoativas (Lima, 2010; Wodak, 2015; Ekici, 2016).

É compreensível quando se analisa a história da humanidade, suas práticas sociais e a relação com o uso dessas drogas, que são utilizadas de diversas formas: fins medicinais, espirituais, ritualísticos, recreativos (estados alterados de consciência), estas vem sendo há muito registradas por historiadores, antropólogos e sociólogos sobre a história do uso de drogas (Labate et al., 2008; Jay, 2012; Fitzpatrick, 2018; Carneiro, 2019).

Até o início do século XX, o consumo e a circulação de substâncias como cocaína, ópio e *Cannabis* eram legais e comumente utilizadas, de forma recreativa ou medicinal. O fato de beber demasiado era malvisto apenas quando houvesse ruptura dos laços de sociabilidade; caso contrário, não haveria motivo de vergonha (Fidelis Dias, 2008). O uso dessas substâncias era regulado, basicamente, pelos controles sociais informais e pelo autocontrole (Carneiro, 2002a).

Porém, através de uma união entre católicos e protestantes, formando um movimento com o objetivo do fim do comércio do álcool – atribuindo-lhe a responsabilidade pela degradação moral e a desordem –, é que se inicia o proibicionismo no século XIX, com origem nos EUA. O movimento foi fortalecido através de “sociedades” e “ligas” em todo o território nacional (Sociedade Nova-lorquina pela Supressão do Vício – 1868; Liga das Senhoras Cristãs pela Sobriedade – 1873; Ligas Anti-Saloon – 1893; Federação Científica pela Sobriedade – 1789) (Lerner, 2011; de Carvalho, 2015).

Conforme Escohotado (1998), o movimento teve como alvo os imigrantes, sobretudo negros e hispânicos. Ainda segundo o autor, todos esses grupos se apresentavam como comitês da moralidade pública, reivindicando valores puritanos:

Expresando esta atmósfera aparece en 1869 el Partido Prohibicionista de los Estados Unidos, cuyas principales bazas son el control de varios Senados y el apoyo de la mayoría de los próceres políticos, que quizá de puertas adentro se permiten beber licor pero de puertas afuera coinciden en temer la degeneración etílica de América (Escohotado, 1998, p. 505).

O Partido Proibicionista, através do apoio do setor industrial, conseguiu agregar simpatizantes no meio republicano e democrata, e já em 1882 aprovaram uma lei que obrigava as escolas públicas de vários Estados americanos a inserirem no currículo a disciplina “educação para a sobriedade”. Porém, o projeto com maior repercussão e fracasso do partido foi, sem dúvidas, a “Lei Seca” entre 1920 e 1933, sendo a única emenda à constituição dos EUA a ser revogada na história (McGirr, 2017; Gay, 2018).

Então, em 1906, cria-se um movimento político internacional, visando o controle de substâncias psicoativas. Esse fato ocorreu no momento em que EUA e Grã-Bretanha disputavam o mercado oriental. Os EUA, para ganhar essa disputa, apoiaram a China em sua batalha contra o ópio, o que deu início às chamadas Conferências do Ópio (Escohotado, 1998).

Além do comércio oriental, os EUA também possuíam outros interesses, como fazer do governo da América do Norte líder da agenda sobre o controle de drogas no mundo (Lima, 2009; McGirr, 2017). Portanto, com o objetivo de convencer todo o

mundo para normatizar e restringir certas drogas, os EUA realizaram a “Conferência de Xangai”, em 1909 (Zou et al., 2017).

Com a presença de treze países, o marco dessa Conferência foi a criação de um “esboço de um sistema de cooperação internacional em assuntos de drogas, e inaugurou a prática de encontros diplomáticos para o controle de drogas psicoativas, motivados pelo ímpeto proibicionista norte-americano.” (Rodrigues, 2009).

Além do encontro de 1909 não ter sido impositivo, ficando apenas no campo das recomendações genéricas à necessidade de estreitar o mercado de opiáceos (Rodrigues, 2008), os países participantes recusaram-se a negociar qualquer tratado de controle juridicamente vinculante, por questionarem a respeito da responsabilidade do controle pertencer exclusivamente aos governos nacionais (Zou et al., 2017).

Apesar da resistência das outras nações, a iniciativa estadunidense já mostrava características centrais do início do proibicionismo. A preocupação e a motivação proibicionista se fortaleceram com o passar dos anos, ocorrendo a “Primeira Convenção do Ópio”, em 1912, em Haia.

Também motivado pelos EUA, foi na 1ª Convenção do Ópio que se elaborou um documento, exigindo a limitação da produção e venda de ópio e opiáceos (morfina) e ampliando seu rol de substâncias proibidas, incluindo pela primeira vez a cocaína. A partir desse momento, estabeleceu-se a necessidade de cooperação internacional no controle dos narcóticos, sendo apenas permitido o uso médico (Rodrigues, 2006; Zou et al., 2017).

O movimento proibicionista sofreu uma pausa no cenário mundial durante a Primeira Guerra Mundial (Luty, 2016). Após o fim de seu conflito, os proibicionistas estadunidenses articularam uma nova conferência, a II Convenção Internacional do Ópio, realizada em Genebra, em 1924, impondo emergir a “hegemonia da cruzada médico-moral americana”, a partir dos “princípios americanos” de penalização sobre os usos de opiáceos e de cocaína, fora da esfera médica e científica (Vargas, 2001; Baumler, 2018).

Porém, a política mundial de drogas reagiu a estes princípios e, apesar da retirada dos representantes americanos, a Convenção de Genebra apresentou alguns avanços significativos em relação à Convenção realizada em Haia. Um dos avanços

foi o Comitê Central Permanente, o primeiro órgão multilateral responsável pela política mundial de drogas, com foco na fiscalização do mercado mundial das substâncias reguladas pela Convenção.

Através de relatórios anuais enviados pelos países envolvidos, eram estabelecidas as necessidades do consumo mundial de caráter restrito ao uso médico e científico, caracterizando, assim, o monopólio dos saberes sobre psicoativos (de Carvalho, 2014; Baumler, 2018).

Outra mudança relevante na Convenção de Genebra foi a inclusão de mais duas substâncias a serem regulamentadas como o “cânhamo indiano” (*Cannabis sativa*) e a heroína (diacetilmorfina) (Carlini, 2006).

Entretanto, mesmo sem assinarem a Convenção de 1924, os EUA seguiram movimentando as próximas conferências de 1931 e 1936, ambas também em Genebra (Rodrigues, 2004; Zou et al., 2017), com o objetivo de restringir a escala comercial às necessidades médicas, através do aprimoramento de instrumentos técnicos e dispositivos de controle estatístico, além de estabelecer medidas punitivas a quem não as cumprisse. Então, a partir de critérios bem delimitados e com certificações especiais, um complexo sistema de controle das informações é formado (Escohotado, 1992).

A Conferência de 1931 estabeleceu regras mais rígidas no sistema comercial entre os países, através de estruturas de controle e fiscalização do uso e comércio de drogas consideradas legais, assim como de repressão às ilegalidades, segundo as últimas convenções (Rodrigues, 2004; Zou et al., 2017).

Entretanto, a próxima Convenção em Genebra, realizada em 1936, marca o surgimento de um modelo baseado no combate e repressão do uso e comércio de drogas, que deu origem ao tratado “Convenção para Repressão do Tráfico Ilícito de Drogas Nocivas” (Boister, 2016; Bassiouni, 2017).

Mas, assim como houve uma pausa no andamento do proibicionismo internacional durante a Primeira Guerra Mundial, o que ocorreu na Segunda Guerra foi a interrupção das reuniões, sendo estas retomadas em Paris apenas em 1948. No entanto, o movimento proibicionista só toma efetiva relevância no início da década de 60, através da realização da Convenção Única de Nova Iorque, em 1961 (Luty, 2016).

Nesse mesmo ano, Harry Aslinger, personagem fundamental no movimento proibicionista desde a Lei Seca nos EUA, volta ao cenário com o objetivo de consagrar a proibição ao redor do mundo, através de leis nacionais nos países signatários das Convenções, fazendo fortes pressões políticas para a realização da Convenção Única das Nações Unidas sobre Narcóticos, sob o governo de Nixon (Chasin, 2016).

Assim, a Convenção Única sobre Entorpecentes, aprovada em Nova Iorque, em 1961 – novamente sob forte influência americana –, institui um extenso sistema internacional de controle, que atribuía a responsabilidade pela incorporação das medidas nela previstas nas legislações nacionais dos respectivos países signatários (Bassiouni, 2017; de Paiva, 2018).

Então, em 1961, a Convenção Única Sobre Entorpecentes de Nova York – ratificada por cerca de cem países – aponta as medidas que deveriam ser adotadas no plano nacional dos países signatários, para a efetiva ação contra o tráfico ilícito. Traz disposições penais, considerando todas as formas dolosas de tráfico de entorpecentes, como crimes e tratamento aos toxicômanos, e classifica em listas quais drogas deveriam ser alvo da guerra (Fiore, 2012; de Paiva, 2018).

A partir desse momento, surge o primeiro modelo efetivamente difundido internacionalmente, para a repressão e controle de substâncias entorpecentes.

Segundo MacRae (2001), a Convenção Única de 1961, com suas quatro listas anexas que incluíam as substâncias e matérias primas proibidas, não recebem uma definição científica, e a expressão “substância psicotrópica” é usada sem qualquer critério, além de traçar distinção entre consumidor e traficante, ou seja, entre o doente e o delinquente (del Olmo, 1990). Ocorre então uma clara fusão entre o discurso médico e o moralizador, através de uma preocupação com a saúde pública e moral da humanidade (de Carvalho, 2015; de Costa, de Paiva, 2016; Freitas, Martins, 2017).

A Convenção de Viena sobre os Psicotrópicos (1971) veio em resposta ao aumento da variedade de drogas introduzidas no mercado, principalmente as sintéticas e os alucinógenos. Portanto, ela traz a incorporação dessas substâncias, responsabilizando os países a velar pelo juízo, pela percepção e pelo estado de ânimo de sua nação, além de estabelecer, em suas disposições gerais, a intenção de

diferenciar os agentes do mercado ilícito de substâncias ilegais daqueles que as consumiam (Boister, 2016; Bassiouni, 2017).

Estabelecer como dever das Partes a proibição de publicidade relativa às substâncias psicotrópicas, para o público em geral, também foi uma das novidades nessa convenção. Porém, como as principais drogas a serem proibidas não possuíam capacidade de causar dependência, o novo tratado as regulamentou como psicotrópicas, isto é, alteradoras do estado de consciência. Assim, foi limitada a disponibilidade de grande parte dos psicoativos utilizados legalmente desde os anos 30 (Bassiouni, 2017; Zou et al., 2017).

Já a Convenção das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de Estupefacientes e Substâncias Psicotrópicas, convocada pela ONU e também realizada em Viena (1988), ocorreu em resposta ao aumento do narcotráfico. Foi um momento de pressão sob os países signatários, a respeito da obrigação destes a aplicar punições aos infratores e combater todos os aspectos ilegais da produção, posse e tráfico de drogas, além de prever a cooperação internacional através, por exemplo, da extradição de traficantes de drogas (Boister, 2016; Zou et al., 2017).

Durante a década de 1980, a atenção esteve centrada na cocaína, cuja indústria havia sido impulsionada na década anterior. Os países andinos eram uma região famosa pela produção de altas quantidades dessa substância e, por isso, se transformaram em um verdadeiro campo de batalha dessa guerra que perdura até hoje (Arana, 2012; Biondich, Joslin, 2016).

A partir desse momento, consagrou-se o “*war on drugs*”, expressão utilizada pela primeira vez, em 1982, pelo presidente dos EUA, Ronald Reagan, por considerar que a questão do alto consumo interno de drogas provinha de um problema externo, fortalecendo a política de controle do uso e difusão das drogas ilícitas nessa convenção.

Portanto, o proibicionismo quanto à produção, comércio e consumo de drogas concretizou-se, em normativos internacionais, nas Conferências de Shangai, em 1909, e de Haia, em 1912, dando início à institucionalização da medicina científica que, através de uma série de disputas entre diferentes categorias profissionais voltadas para a saúde. O grande ponto de discórdia era a questão de quem poderia

prescrever e quem poderia produzir as drogas, o que já estão sendo vistas como grandes fontes de renda (MacRae, 2010).

Agregando cada vez mais nações, o movimento proibicionista, sempre apoiado e defendido pelos EUA, foi se estendendo mundialmente, realizando Convenções e Conferências a respeito do controle do uso de substâncias psicoativas (Azambuja Junior, 2015; Zou et al., 2017). Porém, como meio de controle ao uso de drogas numa análise da conjuntura social e política dos momentos ora enunciados, além da difusão de conceitos puritanos de associar determinadas drogas a determinados grupos sociais, ou seja, minorias e imigrantes tinham comportamentos moralmente reprováveis e ameaçavam valores clássicos da América branca e puritana da época (Rodrigues, 2006).

Assim, antes desse movimento ser uma doutrina legal para tratar a “questão das drogas”, é uma prática moral e política que defende que o Estado deve, por meio de leis próprias, proibir determinadas substâncias e reprimir seu consumo e comercialização (Escohotado, 1996).

O sistema atual é formado por três grandes tratados ainda em vigor, como a Convenção Única de 1961, a Convenção sobre Drogas Psicotrópicas de 1971 e a Convenção contra o Tráfico de Drogas Ilícitas de 1988, que possuem maior número de ratificações do que países-membros da ONU.

Apesar do proibicionismo ter sua origem baseada em aspectos religiosos, econômicos e morais, o discurso oficial mais difundido hoje é o discurso médico.

Com exceção de alguns relatos sobre o uso do ópio no Oriente, no século XVI, a partir do século XVIII os primeiros autores (J. Jones, 1701; Lettson, 1787; S. Crumpe, 1793) passam a descrever uma “perda de controle voluntária do hábito”, que será mais tarde chamada de “abuso” (Berridge, 1994), sendo o álcool e outras drogas vistos como uma prática condenável em muitos aspectos, e virtuosa em outros, mas jamais como uma doença (Carneiro, 2002).

Portanto, de acordo com Carneiro (2019), a história das drogas é a história de suas regulações, da construção de seus regimes de circulação e das conseqüentes representações culturais e políticas de repressão, incitação ou tolerância.

Segundo Antonio Gramsci (2014), é possível reconhecer a relação entre o ideário proibicionista norte-americano com as tensões sociais, decorrentes do processo de industrialização, combinado com o advento. A ebriedade passa a simbolizar medida de desvio da classe proletária e das concentrações urbanas, que surgem já marginalizadas e historicamente compostas por minorias étnicas (Edman, 2016). Esse preconceito social fortaleceu comportamentos etnocêntricos e um discurso reducionista de distinção entre drogas de raças pobres e raças civilizadas, que perdura até os dias atuais (de Azevedo, da Cruz, 2015; Netherland, Hansen, 2016; Teasley et al., 2018).

1.2 Definições de preconceito e estigma

Entende-se o preconceito como um julgamento prematuro e inadequado sobre o uso e abuso de drogas. Ou seja, é quando se define algo ou alguém, construindo-se uma ideia sem prévios conhecimentos. O preconceito é a valoração negativa que se atribui às características da alteridade; implica a negação do outro diferente e, no mesmo movimento, a afirmação da própria identidade como superior/dominante (Bandeira, Batista, 2002; Bard et al., 2016).

O estigma, por outro lado, evidencia algo que extrapola uma atitude de prejulgamento, como sinal infamante, indigno e desonroso, uma mancha na reputação de alguém, e que pressupõe a contaminação, o contágio, a transmissão, tornando urgente e necessário o isolamento do agente contaminador (Schilling, Miyashiro, 2008; Bard et al., 2016). O termo estigma era empregado pelos gregos para se referirem aos sinais corporais que evidenciam algo extraordinário ou ruim sobre a moral daquele que os apresentavam. Tais sinais, feitos com cortes ou fogo no corpo, os identificavam como criminosos, escravos ou traidores, sendo evitados, especialmente em locais públicos (Goffman, 1978).

Atualmente, conceito de estigma se resume como uma marca física ou social de conotação negativa, que leva o portador dessa “marca” a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais, apresentando forte impacto no valor atribuído a uma determinada identidade social. Pessoas rotuladas com algum tipo de estigma podem sofrer vários desfechos negativos, como: desmoralização, baixa autoestima,

adaptação social prejudicada, desemprego, perda de rendimento, aderência prejudicada à medicação psiquiátrica, entre outros (Ronzani, Furtado, 2010).

Weiss, Ramakrishna e Somma (2006) acrescentam que estigma é um processo preocupante, através do qual grupos marginalizados tornam-se mais vulneráveis a problemas de saúde, porque são identificados com outras condições e situações estigmatizantes, tais como pobreza, natureza étnica, preferência sexual e outros fatores, que podem contribuir para uma desvantagem social ou discriminação.

Pessoas com algum tipo de transtorno mental têm consequências negativas em termos de autoestigmatização (Morgades-Bamba et al., 2019), ou seja, a sociedade tem associado um grande número de estereótipos negativos com esses diagnósticos e tende a discriminar essas pessoas que sofrem com isso e acabam internalizando esse estigma (Corrigan, Rao, 2012). Essa internalização impacta a vida do estigmatizado de uma forma devastadora (Yanos et al., 2010). Dentre as consequências provocadas, destacam-se: a deterioração das relações interpessoais, o detrimento da qualidade de vida (Tang, Wu, 2012) e a diminuição do envolvimento na obtenção de objetivos vitais (Corrigan et al., 2009). Há ainda o impacto negativo no desenvolvimento de estratégias para lidar com o problema, no engajamento para reabilitação, na aderência ao tratamento, além do aumento da severidade da doença, diminuição da capacidade de recuperação e aumento do risco de suicídio (Tourino et al., 2018). Nesse sentido, muitas vezes, em situações de saúde, por exemplo, a condição de estigmatização pode se tornar muito mais danosa do que propriamente a doença em si (Ronzani, Furtado, 2010).

1.2.1 Estigma e usuários de drogas

É importante compreender que o estigma existe em um círculo vicioso: o estigma encoraja o preconceito e a discriminação e estes, por sua vez, reforçam a ocorrência do estigma.

Os usuários de drogas, em geral, são vistos pela sociedade como perigosos, violentos e únicos responsáveis pela sua condição (Radcliffe, Stevens, 2008; Ronzani et al., 2015). Agrega-se a essa situação as informações deturpadas, transmitidas pela

mídia que, somadas à falta de conhecimento sobre o transtorno, faz com que os usuários de drogas sejam temidos e incapazes de se recuperar. Assim, sofrem com a desconfiança, estereótipos negativos, preconceitos e discriminação. Essa situação leva à internalização do estigma. Autores citam mulheres usuárias de droga endovenosa, que internalizaram o estigma e passam a ter vergonha, baixa autoestima e baixa autodeterminação em deixar de usar droga (Cama et al., 2016). Ronzani, et al. (2014) acrescentam que a percepção do estigma ocorre à medida que o usuário se torna consciente das visões negativas que as outras pessoas da sociedade têm sobre o uso de drogas. Essa percepção pode desencorajá-lo a buscar serviços de tratamento, na tentativa de evitar que ele seja visto como parte de um grupo estigmatizado. Além disso, como uma consequência direta da percepção do estigma, os usuários podem passar a concordar com essa visão negativa da sociedade e aplicar os estereótipos negativos a si próprios, o que caracteriza o *estigma internalizado*.

Por outro lado, quando se tratam de mulheres, as normas de comportamento de acordo com o gênero operam em conjunto com o estigma de ser um usuário de droga e exacerbam ainda mais o estigma enfrentado por mulheres que consomem drogas (Strathdee et al., 2018).

O modelo criado por Ronzani et al. (2014) sobre as opiniões da sociedade em relação a usuário de drogas é apresentado na figura abaixo (Figura 1).

“Usuários de drogas são culpados pela sua condição”
“Usuários de drogas são moralmente fracos”
“Usuários de drogas não têm força de vontade”
“Usuários de drogas podem ser violentos”
“Usuários de drogas são perigosos”

Fonte: Ronzani et al. (2014).

Figura 1. Modelo sobre as opiniões da sociedade em relação aos usuários de drogas.

2.1 Objetivo geral

O presente trabalho tem como objetivo geral analisar e identificar as percepções de pessoas que fazem uso de álcool, maconha ou crack, em relação a estigma e preconceito.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar como esse preconceito e estigma interferem no cotidiano dessas pessoas;
- Verificar como esse preconceito e estigma interferem na reinserção dessas pessoas na sociedade (família, trabalho);
- Identificar se as barreiras sociais diferem entre si dependendo da droga utilizada.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Influência proibicionista no Brasil

Em 1603, antes mesmo dos primeiros indícios da influência proibicionista no Brasil, já se verificavam sinais de combate às drogas, através de legislações que reprimiam a difusão de certas substâncias entre a sociedade.

Sob as Ordenações Filipinas, incrimina-se o uso, porte e comércio de substâncias entorpecentes vigentes no Brasil até 1830, quando entrou em vigor o Código Penal Brasileiro do Império. Porém, o primeiro diploma penal brasileiro incriminador foi o Código Penal Republicano, de 1890, que expressamente dispôs, no artigo 15917, sobre a proibição a algumas substâncias tidas como venenosas, que não eram determinadas e careciam de norma complementar (Velasco, Tomasevicius Filho, 2018).

O Brasil teve sua participação nas Conferências do Ópio a partir de 1915, com o objetivo de impedir os abusos crescentes do ópio, da morfina e seus derivados, além da cocaína em todo o território nacional. A maconha, no entanto, teve seu uso penalizado por Lei Federal apenas em 1932, sob o Decreto nº. 20.930, de 11 de janeiro de 1932 (Souza, 2012).

Porém, apenas em 1921 passou, efetivamente, a participar de tais Conferências, vigorando o Decreto nº. 4.294, de 06 de julho de 1921 (Greco Filho, 2009; de Carvalho, 2014), que evidencia a vontade da legislação brasileira pela sintonia com as recomendações internacionais. O dispositivo revogou o artigo 159 do Código Penal de 1890 e especificou o termo entorpecente como uma qualidade designativa às substâncias mencionadas como venenosas, o que somente abandonaria a legislação em 2006.

Esse modelo de guerra às drogas trouxe, como consequência, a internalização do proibicionismo, que aos poucos foi consolidado a partir da criação da Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE). Criada para ampliar a lista das substâncias proibidas e inserir novas estratégias de controle do comércio e consumo dos “entorpecentes” (de Carvalho, 2014), mas também, com base no termo “governamentalidade” descrito por Foucault (2008), e na afirmação de Rodrigues (2004) de que o Estado utiliza as drogas como pretexto para ampliar a intervenção de

uma biopolítica, que coordena hábitos, disciplina e condutas de todos e de cada um (Iacobucci, Frieh, 2018).

Como já mencionado, as substâncias psicoativas estão inseridas no cotidiano das sociedades há milhares de anos (Wadley, 2016; Carneiro, 2019) e compreender isso significa respeitar a vontade, os direitos (Brasil, 2006 – Art. 28 da Lei 11.343/2006) e as necessidades do indivíduo (Mendes, 2015; Taylor et al., 2016).

Portanto, é importante ressaltar que falar de cidadania e direitos não basta, como também aprovar leis não é suficiente, pois essas não determinam que as pessoas sejam cidadãos e sujeitos de direito por decreto: “a construção da cidadania diz respeito a um processo social e, tal qual nos referimos no campo da saúde mental e atenção psicossocial, um processo social complexo. É preciso mudar mentalidades, mudar atitudes, mudar relações sociais” (Amarante, 2008; Azevedo, Ferreira, 2012; Barr, 2017).

Informações equivocadas a respeito do uso de álcool e outras drogas podem trazer graves prejuízos para aqueles que as utilizam, como por exemplo a marginalização e estigmatização dessa população. Como afirmam Guimarães e Cruz (2014), esses conceitos de senso comum gerados, principalmente, pela mídia, podem ser responsáveis pela postura das pessoas em relação a essas substâncias e ao seu uso, através do processo de estigmatização gerado pela família, comunidade, religião, escola, mídia, enfim, pela sociedade, criando barreiras para a eficácia do tratamento e recuperação desses usuários. Isso se deve ao peso moral e à culpabilização/acusação atribuídos ao usuário perante a sociedade.

Preconceitos e estigmas são concepções encontradas por profissionais de saúde acerca dos usuários (Rodrigues et al., 2014; Soccol et al., 2014). Essas são apenas algumas das várias dificuldades encontradas na área da saúde. Para promover a prevenção ao uso de drogas, obter melhor adesão a tratamentos e realizar/proporcionar a reinserção social de dependentes químicos, é necessário que se qualifique esses profissionais, para assim atuar de maneira efetiva frente a esta problemática (Gabatz et al., 2013).

Na percepção dos usuários, é necessária uma união de esforços de todos os setores: família, educação, saúde e sociedade em geral (Gabatz et al., 2013), no qual

o impacto social provocado pelo uso de drogas atinge todas as esferas da vida do indivíduo (Capistrano et al., 2013; Barbosa et al., 2015; Ferreira et al., 2015).

O preconceito, os tabus, os estereótipos, a discriminação e o estigma são fatores que têm dificultado o desenvolvimento de práticas de inclusão social, busca e adesão a tratamentos (Azevedo, Ferreira, 2012; Souleymanov, Allman, 2016; Crapanzano et al., 2019).

Um dos fatores que contribui para a marginalização e estigmatização dessa população usuária de drogas é a ausência de ações que sugiram a reintegração do usuário à sociedade (Veríssimo, 2010; Crapanzano et al., 2019).

Segundo a literatura, para a recuperação de um dependente de drogas é necessário abordar diversos aspectos, entre eles, aspectos biológicos, psíquicos e sociais, sendo este um tema tratado de forma multi e interdisciplinar, considerando o ser humano biopsicossocial (Moraes, 2005; Romera, 2014; Soratto, 2016).

Portanto, no âmbito das drogas, é fundamental conhecer as percepções e perspectivas dos próprios usuários e dos atores sociais, que interferem, direta ou indiretamente, na vida daqueles que utilizam essas drogas, pois diversas habilidades são perdidas ou não adquiridas ao longo do tempo, além das relações sociais (Capistrano et. al., 2013).

3.1.1 Álcool

Ainda que ineficiente o combate e a proibição da “Lei Seca” nos EUA e no restante do continente, no Brasil a legislação e os discursos se intensificaram para o controle das bebidas alcoólicas, através das estreitas ligações do Brasil com os Estados Unidos, adotando assim o modelo proibicionista norte-americano de combate às drogas (Rodrigues, 2014). As estratégias de controle eram diferenciadas, mas o controle normativo era instrumento comum de ação em diferentes países da América (Soares, 2016).

São muitos os interesses que interferem no que se tornou o controle e economia do álcool. Conflitos econômicos entre produtores de vinhos/destilados e produtores de aguardente foram alguns dos interessados em controlar o uso de álcool,

levando à Coroa a proibir a venda da cachaça em 1649. Como consequência, ocorreu A Revolta da Cachaça, evento histórico ocorrido entre 1660 e 1661, liderada por senhores de engenho do Rio de Janeiro, contra a cobrança de impostos excessivos ao comércio da aguardente. A vitória foi conquistada pelos produtores em 1695, quando foi revogada a proibição, resultando num forte aumento da produção (Andrade et al., 2018).

Com o advento da Revolução Industrial e das modificações estruturais por ela provocadas na sociedade, o relacionamento das pessoas com o álcool passou por mudanças profundas. O equilíbrio até então existente foi rompido em função de uma série de fatores ambientais, trazidos pelas transformações socioeconômicas ocorridas na época (Moreira Junior, 2005; Eugenio, 2018; Ortega et al., 2018).

Progressivamente, a cachaça se tornou um produto barato, com distribuição e venda, muitas vezes, à margem da lei, beneficiando o comércio marginal e permitindo com o alcoolismo se torne mais frequente.

A aguardente (cachaça) fazia parte apenas de rituais, principalmente religiosos indígenas e africanos (Meira, 2010; Gretchen, Toxqui, 2014), porém, também considerada como “mata-fome” (Casculo, 1986). Sob o efeito dessa bebida, a população pobre esquecia o estômago vazio e continuava trabalhando (Casculo, 1983), tornando um instrumento para desarticular a oposição dos negros à escravidão (Rugendas, 1968; Figueiredo, 2017).

A figura do negro bêbado de cachaça é ambivalente, por um lado o rebelde, por outro, o entorpecido. Favorável ao consumo do vinho português, a Igreja Católica condenava tal bebida por acusar de “perder o juízo” aqueles que a utilizavam (Figueiredo, 2017).

O ritual culturalmente aceito do beber dessas populações se tornou alcoolização, com graves consequências, sendo eliminados e/ou substituídos por outras formas de relação com a bebida. A partir daí, outras motivações de uso foram criadas, limitando ou mesmo dando origem a uma incapacidade individual e coletiva de reagir diante das novas situações (Eugenio, 2018).

O equilíbrio, até então existente, foi rompido em função de uma série de fatores ambientais, trazidos pelas transformações socioeconômicas ocorridas na época

(Moreira Junior, 2005). Interessada no aproveitamento máximo da força de trabalho, houve a coerção industrial sob os principais prazeres a serem contidos, como o sexo e a droga, através de novos métodos de trabalho que exigiam “disciplina dos instintos sexuais”, “regulamentação e a estabilidade das relações sexuais” e que “estão indissociavelmente ligados a um determinado modo de viver, de pensar e de sentir a vida” (Gramsci, 2015; Hirschfelder, 2014).

O uso de bebidas alcoólicas destiladas e o tabaco também torna mais suportável a crescente (o)pressão disciplinar e as precárias condições de vida, que se abatem sobre os mais pobres ao entorpecê-los (Labate et al., 2008; McGirr, 2015).

“Vícios elegantes”, representados pelo uso de substâncias por comunidades ricas e outros vícios considerados “comuns” entre os mais pobres, como o uso dos vinhos falsos e bebidas alcoólicas com misturas não legitimadas, foram assim categorizadas para um discurso de criminalização e perseguição dos usuários e comerciantes na década de 1920, sobretudo a discriminação de grupos específicos e por questões raciais, apesar de dados quantitativos relativamente pequenos sobre a frequência do uso dessas substâncias (Soares, 2016).

Na América, a racionalização do trabalho e o proibicionismo estão interligados; os inquéritos dos industriais sobre a vida íntima dos operários, os serviços de inspeção criados por algumas empresas para controlar a ‘moralidade’ dos operários são necessidades do novo método de trabalho (Gramsci, 1976; Jalil, 2019).

Portanto, para “controlar” esses hábitos, é criada a Lei nº 4.294 de 14 de julho de 1921, a primeira lei de tóxicos do país, pois consagra o princípio de que somente o uso médico é legítimo para substâncias entendidas como entorpecentes. A abstinência compulsória não virou política pública, porém é relevante o poder de pressão desse vigoroso movimento social. Esta lei é toda voltada para a regulação do consumo de álcool nos espaços públicos, porém apenas seus primeiros artigos tratam dessa questão (Costa, Marcelino, 2017).

Diante do Decreto 14.969 de 1921, determinou-se, então, a criação dos sanatórios para toxicômanos, dando mais controle à classe quanto a como e quais substâncias deveriam ser usadas. Dessa forma, embora o usuário ainda não fosse criminalizado, verificava-se a permissão de medidas coercitivas e invasivas em

relação aos usuários de drogas, como o tratamento obrigatório, a internação compulsória e interdição de alguns direitos” (Ribeiro, 2016; Johansen et al., 2018).

Além disso, a internação em manicômios dos sujeitos que faziam uso prejudicial de álcool era, juntamente com os casos descritos como vagabundagem, ociosidade e mendicância, associada ou não à doença mental (Villela, Escatena, 2004). Essa junção de sujeitos em um mesmo espaço para tratamento contribuiu para a associação entre valores morais, doença mental e uso de álcool, o que favoreceu a exclusão social e o estigma que acompanham esses indivíduos até os dias de hoje (Whalin, Block, 2017).

Neste Decreto, a questão da embriaguez por álcool foi tratada de forma mais branda em comparação às demais drogas, e as legislações posteriores não incluíram o álcool no rol de substâncias controladas (Adiala, 2011).

Nos discursos dos membros eminentes das sociedades pela temperança nacional, Evaristo de Moraes, em seu livro “Ensaio de Pathologia Social”, e o sanitarista Belizário Penna, apontam medidas brasileiras inadequadas para acabar com o alcoolismo, principalmente, e as toxicomanias em geral, graças às tradicionais influências políticas dos produtores de aguardente. Porém, a historiografia atual percebe a tradição do uso por prazer superior à capacidade de mobilização dos médicos, sendo provável, assim, que “o maior obstáculo imposto aos controladores radicais tenha sido a inércia social com relação às suas propostas” (Santos, 2008; Whalin, Block, 2017).

Apesar do álcool não estar entre as substâncias controladas, existia uma preocupação dos governantes em controlar seu consumo excessivo. Com o apoio da medicina, nos princípios religiosos e morais da sociedade, a visão do álcool como pecado e como crime vinculou-se ao controle da Igreja e da Polícia, respectivamente. Associações de temperança, com referências religiosas do bem contra o mal, estimulavam verdadeiras cruzadas contra o álcool, visto como um inimigo (Nelson, 2015; Edman, 2016; Smith, 2018).

Após quase meio século vigorou o modelo de política criminal, denominado “modelo sanitário”, cuja característica era se aproveitar dos saberes e técnicas higienistas, com as autoridades policiais, jurídicas e sanitárias para exercer funções

contínuas, às vezes fungíveis (Pietta, 2016; de Carvalho, 2016). Através de outras alterações legislativas com nítida preocupação higienista, em decorrência de compromissos assumidos em convenções internacionais, que foi implantado um sistema médico-policial (Ribeiro, 2016).

Nesta época, a psiquiatria estava se consolidando no Brasil como uma especialidade da medicina, institucionalizando-se como um saber específico sobre a loucura, através de realização de estudos, pesquisas, produções acadêmicas e formulações teóricas, que buscavam discutir as reflexões em torno da alienação mental (Edman, 2016; Eugenio, 2018).

A associação entre alcoolismo e estados de demência ou moléstias mentais eram frequentes nestes estudos, identificando o vício da bebida como responsável pelo surgimento da loucura em alguns indivíduos. Em alguns textos, publicados entre o final do século XIX e as primeiras décadas do século XX, encontra-se uma diferenciação entre a loucura denominada constitucional e a loucura alcoólica, sendo que esta última seria produzida (ou desencadeada) por uma intoxicação alcoólica e, por isso, foi incluída na categoria de ‘psicose tóxica’ (Pietta, 2016; de Carvalho, 2016).

Embora se buscava compreender o alcoolismo como causa ou consequência das moléstias mentais, existia um consenso de que o abuso da bebida alcoólica era capaz de produzir sintomas praticamente iguais aos manifestados nos alienados mentais (Stepan, 2015; Eugenio, 2018).

O fato de “alcóoltras” manifestarem desordens psíquicas mesmo quando ocorria a suspensão do uso do álcool se tornou foco principal da psiquiatria, apesar dos evidentes danos orgânicos também provocados pelo álcool. Questões de desordem social e imoral, abrangendo questões relacionadas à inserção dos indivíduos na sociedade industrial e repercutindo na força do trabalho capitalista tornou o alcoolismo uma doença social (Edman, 2016; Eugenio, 2018).

O movimento pela Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciado na década de 1970, surgiu como oposição às formas de tratamento hospitalar que desrespeitavam os direitos humanos dos internos. Associado ao movimento pela Reforma Sanitária, na mesma época, trouxe avanços e desafios para a atenção aos portadores de sofrimento mental.

Portanto, em 1976, foi aprovada e promulgada a Lei 6.368, que reafirmou a tendência de abordar o uso e a dependência de álcool e drogas no campo patológico, o que já havia ocorrido na Lei de 1971. Esta nova diretriz trouxe novos adendos, que vieram complementar e enriquecer os preâmbulos da antiga Lei, tais como: a substituição do termo “viciado” por “dependente de drogas e/ou álcool”; a proposição da criação de estabelecimentos especializados para dependentes de drogas e álcool na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime extra hospitalar e a proposição de tratamento e não mais internação como medida compulsória. Essa medida gerou uma das mais positivas reviravoltas no que se refere ao contexto assistencial legislativo das dependências químicas no país (Macedo, 2006), porém, tais portas assistenciais foram abertas aos consumidores de drogas ilícitas, sendo os primeiros centros de tratamento, a princípio, que não atendem alcoolistas (Costa, 1980).

Entretanto, foi em 2001, a partir da Lei Federal nº. 10.216, que a Reforma Psiquiátrica ganhou *status* de política oficial do Sistema Único de Saúde (SUS). A alternativa ao modelo hospitalocêntrico e excludente foi a constituição gradativa de uma rede de atenção psicossocial, de base comunitária e territorial, composta por serviços de características variáveis, que trabalha em conjunto com a atenção primária à saúde (APS). Porém, apesar desses esforços para atender aos dependentes de álcool nestas últimas décadas, é possível ainda observar o estigma em torno daqueles que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool.

Segundo Malvezzi e Nascimento (2018), através de um estudo qualitativo, com o objetivo de conhecer e analisar as crenças e as práticas de saúde no cuidado ao usuário de álcool na atenção primária à saúde, observaram atitudes moralizantes e preconceituosas, com uma prática que criminaliza o uso de álcool, principalmente nas classes menos favorecidas. Condutas normatizadas praticadas por esses profissionais, com foco na eliminação dos riscos e na abstinência total, está em consonância com o modelo biomédico hegemônico, e distante das necessidades dos sujeitos e da complexidade que envolve a questão.

Contudo, há necessidade de melhorar o treinamento continuado dos profissionais, para gerenciar o “alcoolismo” e a ampla variedade de problemas relacionados ao álcool, sem restringir aos aspectos técnicos biomédicos, além de

abordar processos psicossociais, como representações e identidades sociais (Souza et al., 2015).

A dependência alcoólica é vista como um problema de natureza psicossocial e moral, predominando imagens negativas em relação aos indivíduos com este transtorno (Birtel et al., 2017; Malvezzi, Nascimento, 2018). Portanto, o estigma pode ser uma barreira para o acesso a cuidados de saúde, tratamento, pesquisa social, inclusão social e oportunidades de recuperação. Intervenções e modelos de tratamento capazes de reduzir o autoestigma teriam o potencial de contribuir para uma redução nos impactos negativos, associados ao transtorno por uso de substâncias (Mattoo et al., 2015; da Silveira et al., 2018; Crapanzano et al., 2019).

3.1.2 Maconha

A maconha, apesar de ser considerada uma droga ilícita atualmente na maioria dos países do mundo, já foi legalizada e consistia num relevante insumo econômico na Europa através de sua fibra. O uso terapêutico dessa planta teve seus primeiros registros escritos no século I a.C. pelos chineses, mas também era utilizada na Índia e entre os árabes. Apenas no século XIX, o uso terapêutico da planta começa a ganhar destaque no “Velho Mundo” (França, 2015).

Na Renascença, páginas de papel de cânhamo dos primeiros livros impressos e telas feitas com suas fibras, utilizada por artistas pintores da época (*oil on canvas*¹) tornou a maconha um dos principais produtos agrícolas da Europa (Clarke, Merlin, 2013).

No século XV, o cânhamo cultivado nas regiões de Bordéus e da Bretanha, na França, em Portugal e na África, era destinado à confecção de cordas, cabos, velas e material de vedação dos barcos. O Decreto do rei D. João V, de 1656, comprova que o incentivo à produção de maconha era uma política de Estado, pois fornecia o material resistente das embarcações portuguesas, época das Grandes Descobertas (Barros, 2013).

¹ A palavra *Canvas*, usada em várias línguas para designar “tela”, é uma corruptela holandesa do latim *Cannabis*.

No Brasil, a chegada do cânhamo se deu através das caravelas portuguesas, comandadas por Pedro Álvares Cabral, tendo as velas e os cordames das embarcações feitas de fibra de cânhamo (Carlini, 2006). Porém, segundo documentos oficiais do governo, a planta, também conhecida como “fumo de angola”, teria sido introduzida em nosso país a partir de 1549, pelos negros escravos, e as sementes de cânhamo trazidas em bonecas de pano, amarradas nas pontas das tangas (Carlini, 2006; Araújo, Borges, 2016).

No século XVIII, a Coroa Portuguesa buscou incentivar o cultivo de *Cannabis sativa*, sendo enviado pelo vice-rei de Portugal ao governante da província de São Paulo, dezesseis sacas de sementes de maconha de qualidade, para serem plantadas na referida região (Carlini, 2015).

Porém, a partir da disseminação do uso de algumas substâncias psicoativas, como a “droga de negros” (maconha), entre estratos marginalizados da sociedade e sua associação a certos grupos já discriminados, foi constituído um ambiente favorável ao controle dessas substâncias (Rodrigues, 2003, citado em Rocha, 2013; Klantschnig, 2014; Thompson; 2017).

Com a condição social e o condicionamento tido pelos escravos no país, em uma situação de profunda exploração, o uso da maconha era motivado tanto por suas propriedades de relaxamento como analgésico (Carneiro, 2019).

A escravidão foi abolida em 1888 e a República proclamada em 1889, quando se tratou de instaurar dois instrumentos de controle dos negros em 1890: o Código Penal e a “Seção de Entorpecentes Tóxicos e Mistificação”. O objetivo era auxiliar a controlar e reprimir a liberdade de escravos e seus descendentes, através da repressão de cultos de origem africana e ao uso da Cannabis, utilizada em rituais do Candomblé e considerado “baixo espiritismo” (Lunardon, 2015, MacRae, Alves, 2016).

Em 1915, o psiquiatra José Rodrigues da Costa Dória, teve importante papel na criminalização da maconha apresentando, no 2º Congresso Científico Pan Americano dos EUA, em Washington, uma análise sobre a Cannabis sem nenhum embasamento científico. Em seu discurso, associou o uso da maconha a uma espécie de vingança de negros “selvagens” contra brancos “civilizados”, que os haviam escravizado (Adiala; 2011; Azambuja Junior, 2015).

A primeira norma proibicionista foi editada no Brasil em 1921 e, portanto, a materialização desta visão dos efeitos negativos da maconha não tardou a produzir efeitos jurídicos no contexto brasileiro.

Em 1932, entrou em vigor, no Brasil, o decreto 2.930, que passava a penalizar também o usuário, porém, diferenciando-o do traficante. Como consequência, aumentou o estigma sobre os comerciantes dessas substâncias proibidas, pois uma vez classificado como traficante, o indivíduo seria visto da mesma forma que uma pessoa com uma marca indelével, ou seja, como “uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca”. Ser chamado de traficante significaria ter a identidade social deteriorada e ser afastado da sociedade pelos outros indivíduos (Goffman, 1978).

Já em 1938, foi elaborada a primeira legislação (Decreto-Lei 891/38), proibindo o comércio, a cultura e a exploração da maconha em todo o território nacional, além de estabelecer a toxicomania como doença compulsória, tratando de internação civil e interdição dos toxicômanos.

Na Convenção única de entorpecentes, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1961, a postura repressiva permaneceu através do decreto 54.216, de 27 de agosto de 1964, em que o Brasil foi signatário. Tal instrumento normativo prevê o entendimento de que todos os subprodutos da planta *Cannabis sativa* são entendidos como entorpecentes e merecem a persecução penal (Zou et al., 2017; Baumler, 2018). Porém, uma das maiores provas históricas de que a proibição por lei não coíbe o uso de drogas – pelo contrário, apenas agrava seus danos –, foi a Lei Seca de 1920, nos Estados Unidos, já mencionada anteriormente.

Apesar do fracasso da Lei Seca, também chamada de “proibição” ou “o nobre experimento”, este fenômeno se repete, com foco no “controle” de outras substâncias, aumentando o rol de substâncias ilícitas. Este fenômeno, porém, vem aumentando numa escala global, com uma dimensão muito mais gigantesca de um comércio de altos lucros, gerador de uma violência crescente. O aumento do número de usuários de drogas, a questão da violência e o aumento da população carcerária em detrimento de crimes relacionados ao consumo e tráfico de drogas, vêm mostrando o fracasso dessa proposta de controle (Cardoso et al., 2009; Guimarães, Cruz, 2014).

O consumo de drogas ilícitas cresce, não apesar do proibicionismo também crescente, mas exatamente devido ao mecanismo da proibição, que cria a alta demanda de investimentos em busca de lucros, trazendo mais malefícios à sociedade do que as drogas, em seus milênios de uso. Violência, corrupção, abusos, encarceramento desnecessário e fortalecimento de redes criminosas são uns dos muitos resultados obtidos por essa guerra inevitavelmente fracassada em escala global (Araújo, Borges, 2016; Coyne, Hall, 2017; Thompson, 2017).

Segundo o World Drug Report (2013), a maconha é a droga ilícita mais consumida em todo o mundo, sendo estimado cerca de 180 milhões de pessoas que fazem uso dela diariamente. Do total de usuários globais, estima-se que 13,1 milhões sejam dependentes. No Brasil, a estimativa da agência é que 2,5% na população adulta usou *Cannabis* nos últimos 12 meses, percentual que sobe para 3,5% entre os adolescentes, taxa semelhante a de outros países da América Latina.

Portanto, houve uma necessidade de melhorar a eficácia e aplicabilidade das normas das leis anteriores, no que tange ao tráfico ilícito de entorpecentes e ao tratamento penal dos usuários e dependentes de droga. Foi criada, então, a Lei nº 11.343, chamada de “Nova Lei de Drogas”, que entrou em vigor em 2006 (Brasil, 2006). Tal lei veio para resolver uma situação confusa, criada pelo Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso (FHC), diante da Lei nº 10.409/2002, em que seguiu mantendo o porte de droga para uso pessoal como delito (Freitas, Martins, 2017).

Neste mesmo ano, é instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad), que prescreve medidas para a prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito dessas substâncias; define crimes e dá outras providências. Essa lei torna mais rígidas as penalidades para os traficantes e abranda as sanções para usuários de drogas, mantendo a lógica das leis anteriores.

A questão de descriminalizar o usuário e aumentar a criminalização do traficante se torna perversa, segundo Rocha (2013), pois a “descriminalização” é voltada para o usuário da classe média, que já é “descriminalizado”, questão já problematizada por Vera Malaguti Batista (2003), a respeito da lei de 2002.

Todavia, esta lei deixa a critério de cada juiz analisar e definir, de acordo com a denúncia e as provas, se a quantidade de droga apreendida vem a ser para consumo próprio ou para tráfico, o que torna o julgamento bastante subjetivo, colocando o usuário à mercê da interpretação do juiz. Segundo dados nacionais, a partir de 2006, houve um aumento crescente do número absoluto de presos e presas por comércio de drogas (Campos, 2018).

Os dados trazidos pelo Infopen mostram que a estrutura do sistema penitenciário se ancora na segregação social, isto é, num modelo específico de política criminal e de sistema penal. Como meros instrumentos de controle social, se organizam ideologicamente conforme os interesses dominantes, assim como apresentam as características da maioria dos presos – pobres, negros e com baixo nível educacional (Infopen, 2014; Whalin, Block, 2017; Teasley et al., 2018).

De forma seletiva, o sistema penal recai sobre essas pessoas já estigmatizadas enquanto classe social, gerando danos muitas vezes superiores aos do próprio delito praticado (violência institucional) (de Carvalho, 2013; Ferrer, Connolly, 2018; Teasley et al., 2018).

Com base nos Inquéritos Policiais, na Corregedoria da Polícia Judiciária, no Núcleo de Estudos da Violência da USP, evidencia-se que 67,7% das pessoas flagradas com maconha foram encarceradas por tráfico, devido ao porte de menos de 100 gramas, sendo que, desses indivíduos, 14% portavam menos de 10 gramas da droga. O estudo informa ainda que,

62,17% dos traficantes presos no País exerciam atividade remunerada na ocasião do flagrante; 94,3% não pertenciam a organizações criminosas e 97% nem sequer portava algum tipo de arma. Ou seja, eram microtraficantes ou usuários (Instituto Sou da Paz, 2014, p. 9).

O papel estressor do estigma social e criminal do uso da *Cannabis*, sob uma política de proibição, pode fundamentar muitas das consequências negativas que são usualmente implicadas apenas ao consumo da planta (Corrigan et al., 2017; Freitas, Martins, 2017).

No Brasil, existem grupos que têm lutado incessantemente contra essa guerra, que massacra pobres e negros todos os dias. Os antiproibicionistas, como se colocam,

alegam que a descriminalização das drogas é a melhor alternativa de abordagem para essa temática (Leal, 2017; Montero, 2018; Mostyn, Gibbon, 2018).

No final dos anos 1990 e anos 2000, apareceram as manifestações organizadas em grupos, coletivos e/ou associações, com o objetivo de pressionar o Estado nacional para se pensar uma alternativa ao modelo de combate de guerra às drogas. A desarticulação da violência – gerada pelo mercado ilegal a partir da sua regulamentação –, a descriminalização de usuários e varejistas do mercado de substâncias ilícitas, e uma proposta de estratégia de redução de danos para usuários em situação de abuso também faziam parte do discurso (Bentes, 2015).

A justificativa de que haveria o aumento no número de usuários a partir da legalização da maconha não condiz com experiências de outros países, que legalizaram ou descriminalizaram a droga. No Colorado, por exemplo, foi registrado queda no número de adolescentes usuários, ainda que as vendas tenham aumentado. Caiu de 22% para 20% o número de jovens que haviam usado maconha nos últimos 30 dias, e de 39% para 37% os que usaram apenas uma vez, tornando necessário que o Estado intervenha de maneira lícita nas relações jurídicas que acontecem nesse mercado (Spotniks, 2014).

Na Europa, por exemplo, os movimentos em direção à descriminalização do porte de drogas estão resultando em taxas mais baixas de encarceramento e, possivelmente, reduziram as barreiras à adesão ao tratamento (Brendan et al., 2018).

Em seu primeiro relatório sobre o tema, a OMS, em 2016, disse haver menos conhecimento disponível sobre os efeitos sociais e na saúde do uso não médico da *Cannabis*, do que o existente em relação ao álcool e ao tabaco.

O tabaco, o álcool e o café possuem potencial de dependência e trazem mais malefícios do que o próprio THC (princípio ativo da *Cannabis*), e não estão na lista de substâncias proibidas. Considerando que substâncias como álcool e tabaco são liberados, o discurso do Estado em justificar a proibição, alegando a proteção à saúde pública (bem jurídico tutelado pela Lei nº 11.303/2006) entra em decadência e o proibicionismo acaba sendo desrespeitado, porque não obtém êxito em nenhum de seus objetivos (Araújo, Borges, 2016; Godleel, Hurley, 2016).

Danos sociais provocados pelo proibicionismo como o crime, a desordem e a corrupção são muito maiores que a autolesão praticada por um usuário de drogas (Araújo, Borges, 2016; Chapman, Babor, 2017; Coyne, Hall, 2017).

Porém, houve um avanço relevante na saúde quanto à abordagem das drogas a partir dos anos 2000. A redução de danos emergiu como estratégia norteadora do cuidado, um paradigma ético, clínico e político, transversal no diálogo com os campos. (Teixeira et al., 2017).

A dualidade da maconha, considerada uma droga ou medicamento, toma força na atualidade. Os compostos dessa planta vêm sendo descobertos e seu uso terapêutico vasto também se fortalece nos últimos anos, apesar de reconhecida por suas propriedades medicinais há milhares de anos (Whiting et al., 2015; Lessa et al., 2016).

Atualmente, muitas patologias descritas não possuem um tratamento convencional de cura ou que obtenha sucesso em efeitos paliativos, como vêm apresentando medicamentos à base da maconha. O uso, em grande parte dos casos, traz qualidade de vida, alívio aos sintomas da doença do paciente, além de uma vida digna e menos agravante aos que estão no entorno (Lucas, Walsh, 2017; Shawn et al., 2018; Zaganelli, Correia, 2018).

Porém, quanto à restrição também do uso medicinal da Cannabis, o direito do paciente de escolher seu medicamento é violado, através de estigmas sociais, somados à falta de agilidade legislativa e aos entraves burocráticos, uma vez que o acesso a esses fármacos ou vias terapêuticas sofrem sanção desmedida por parte do Estado (Maxwell, 2018; Zaganelli, Correia, 2018).

Apesar do uso da maconha ser para fins medicinais, a estigmatização existe e provoca profundo efeito sobre como os pacientes buscam tratamento e se eles procuram ou não o tratamento com a maconha medicinal (Travis et al., 2015).

Em um estudo no Canadá, com 271 pacientes de Cannabis medicinal, 42% relatou ter acessado Cannabis de fontes ilegais, ou seja, não regulamentadas, e mais da metade (55%) foi cobrada para receber uma recomendação médica para usar Cannabis (Lucas, Walsh, 2017).

O uso da maconha passou por uma transição do que já foi uma atividade em grande parte marginal, porém, apesar da prática ser prevalente e “tolerada” amplamente, ainda existe um certo estigma experimentado pelos usuários e riscos associados que eles reconhecem (Hathaway, 2004).

A repressão constitui uma forma de violência estrutural na vida cotidiana dos usuários de maconha e tem efeitos negativos sobre sua saúde, bem-estar social e econômico. O tratamento e os serviços sociais para os usuários devem ser ampliados e intervenções de assistência jurídica devem ser montadas para ajudar essas pessoas a lidarem com práticas discriminatórias e violações de direitos humanos (Nelson, 2018).

3.1.3 Crack

O crack surgiu na década de 80, nos EUA, e a disseminação de seu uso foi um momento de histeria nacional, em que políticos e indústria cultivaram o medo na população americana, alegando ser uma “classe perigosa” de usuários. O foco era muito mais ligado a questões raciais e desigualdades de classe, do que o fato de estar, de forma nova, ingerindo uma substância antiga, a cocaína (Reinarman, Levine (2018).

O crack é produzido a partir do cloridrato de cocaína (cocaína em pó) e processado com uma base como bicarbonato de sódio para remover o HCL. Uma estrutura química ligeiramente modificada, que permite atingir o cérebro mais rapidamente e produzir efeitos “mais intensos” (Hajar, 2016; Reinarman, Levine (2018). Seu nome, “crack”, é derivado do som que essa forma de cocaína produz quando é queimada (Hajar, 2016).

Segundo Reinarman e Levine (2018), o crack foi uma inovação de *marketing*, pois seu ingrediente ativo era inteiramente cocaína e a forma de ser usada tampouco era novidade, afinal a cocaína já era fumada desde a década de 70. Entretanto, por ser vendida em pequenas quantidades para uso pessoal, mais fácil de produzir e mais barata quando comparada à cocaína em pó, logo foi mais utilizada em bairros empobrecidos de periferia entre afro-americanos (Mauer, 1999).

Sob a legislação federal adotada pelo Congresso em 1986, os funcionários do governo não procuraram punir igualmente todos os usuários de cocaína (Donziger, 1996; Walker, Mezuk, 2018).

King e Mauer (2006) relatam que, sob as diretrizes de sentença mínima obrigatória, um infrator condenado por vender 500 gramas de cocaína em pó receberia cinco anos, enquanto um infrator condenado por vender 5 gramas de crack também receberia a mesma sentença.

Pesquisas de Chappell e Maggard (2007) também corroboram essa afirmação, revelando que, durante as guerras às drogas dos anos 80 e 90, os estados em todo o país aprovaram leis severas, que tornavam a posse de crack algo punível com sentenças rígidas e obrigatórias. Entretanto, apesar das penas mais duras para usuários de crack, quando comparadas à cocaína em pó, esta estratégia não diminuiu o consumo, ou seja, a sentença mínima obrigatória não é um método eficaz de dissuadir o uso de drogas (Walker, Mezuk, 2018).

Connor (2018), através de uma análise de conteúdo da cobertura de notícias locais da epidemia de opiáceos, de Utah, revelou uma série de insights sobre o papel da raça e da classe na cobertura da mídia, quando comparada às coberturas aos usuários de crack.

Uma quantidade significativa de cobertura da mídia sobre os dependentes de opioides os colocavam em papéis frequentemente vitimizados, culpando médicos, lobistas e a indústria farmacêutica. Mais especificamente, a cobertura não se concentrava no crime ou na violência, era geralmente compassiva e muitas vezes afastava a culpa dos usuários de opiáceos, que eram pessoas brancas e de classe média (especialmente mulheres). Porém, através de uma revisão da literatura revelou-se que a cobertura noticiosa da epidemia de crack foi focada em crime, violência, atividade de gangues, cidades do interior e pessoas afrodescendentes. Ou seja, enquanto a epidemia de crack foi tratada como um problema criminal, levando ao encarceramento de centenas de milhares de pessoas que eram desproporcionalmente negras, a epidemia de opiáceos foi tratada como um problema de saúde pública (Connor, 2018).

Essa propagação de informações errôneas, pela mídia e pelo governo, demonstram as consequências da aplicação racialmente discriminatória da legislação e da política de drogas (Covington, 2017; Cole et al., 2018).

No Brasil, essa discriminação em torno do uso de crack também é frequente na literatura (Macedo et al., 2015; Bard et al., 2016, Toledo et al., 2017). Na década de 90, na cidade de São Paulo, houve a primeira apreensão de drogas, realizada pela Polícia Civil de São Paulo, em 1991, embora o crack já estivesse supostamente presente no país desde 1989 (Inciardi, 1993).

Apesar de poucas informações sobre sua chegada em terras brasileiras, São Mateus, um bairro paulistano figurou como o mais intenso comércio e consumo da droga, sendo chamado pelo jornal Folha de S. Paulo, em 1992, como “o Bronx paulistano”², uma associação com o polo de consumo e comércio de crack dos EUA na década de 1980 (Kowarick, Frúgoli Junior, 2016).

Por ter baixo custo de produção e forma simples de uso, foi inicialmente utilizado nas classes sociais de baixa renda, em localidades periféricas, mais vulneráveis e marcadas pela presença do tráfico de drogas em geral (Ogata, Ribeiro, 2010), cenário parecido ao ocorrido em outros países (Bancroft, 2016; Eversman, Bird, 2017; Auyero, Sobering, 2017). Ao se deslocarem das periferias para o Centro, dando origem aos polos de consumo na região da Luz, tomaram forma social e política completamente diferente. Os autores ainda sugerem que parte dessa mobilização para regiões centrais pode ter sido uma possibilidade dessas pessoas fugirem da concreta ação policial de assassinatos e retaliações nos bairros de origem (Kowarick, Frúgoli Junior, 2016).

Ao mesmo tempo em que emergia o uso de crack, o país vivia uma epidemia de AIDS, particularmente no estado de São Paulo, onde as pessoas que usavam drogas injetáveis (UDIs) constituíram um dos grupos suscetíveis à infecção viral, através da via de administração da substância (Granjeiro et al., 2009).

Devido a esse grave problema de saúde pública e ao surgimento do crack, vários UDIs começaram a usar essa nova droga como alternativa informal de redução

² “Jovem viciado em crack é morto pela PM: polícia diz que S.O.P., 17, trocou tiros com soldados; colegas de São Mateus, o ‘Bronx paulistano’, negam tiroteio”, Folha de S. Paulo, 25/6/1992.

de danos, na tentativa de se proteger da ameaça de contrair HIV, entre outras ISTs. Ser barata, permitir efeitos rápidos, intensos e fácil administração também eram consideradas outras vantagens de se optar por essa forma de uso (Nappo et al., 1996; Oliveira, Nappo, 2008).

Naquela época, o uso de crack não era um problema que atraiu a atenção das autoridades, embora já houvesse relatos de seus efeitos devastadores e o estabelecimento de locais públicos onde os usuários de crack se reuniam para consumir a droga a céu aberto (Nappo et al., 1996; Raupp, Adorno, 2011).

Somente na década de 2000, o crack então passou a ser objeto de pauta política, porém com ações governamentais isoladas e inexpressivas, começando timidamente a ser inserido no planejamento das ações estatais do País (Worm, 2016). Apenas em 2010, a Política Nacional sobre Drogas passou por mudanças legislativas relevantes, devido a um contexto de pânico moral a respeito do crack no país. (Mattos, 2017)

O governo federal instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Brasil, 2010), tendo como objetivos a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários e o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Em dezembro de 2011, esse plano foi alterado e passou a se chamar “Programa Crack, é possível vencer”³.

Ainda em 2011, outras mudanças ocorreram no ordenamento brasileiro, em função do Decreto nº 7.426/2011. No Ministério da Saúde, a partir da Portaria nº 3.088/2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial, com diretrizes nas diferentes instâncias do SUS para as competências de cuidado.

Um ano após, com base no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, várias Portarias foram revogadas e outras foram instituídas, como a Portaria nº 121/2012, que trata das unidades de acolhimento; a Portaria nº 122/2012, referente aos Consultórios de Rua (CR); a Portaria nº 130/2012 sobre os Caps. AD 24

³ Apesar de não ter havido alteração na nomenclatura legal, o Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011, é considerado o marco normativo do programa. O governo federal utiliza a designação “Crack, é possível vencer”, como estratégia de comunicação e de diferenciação com ações anteriores, assim como critério de especificação na dotação e execução orçamentária do programa.

hs (Caps. AD III); e a Portaria nº 148/2012, que se refere ao Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para o Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial.

As políticas públicas atuais já avançaram muito em termos de perceber o usuário de drogas como ser político, mas na prática assistencialista ainda se tem lacunas (Almeida, Luis, 2017).

Mesmo com essas mudanças legislativas relevantes, os dependentes de crack acabam sendo vítimas de medidas que muitas vezes não buscam tratar o usuário, mas apenas segregar essa pessoa do restante da sociedade, não havendo garantia de seus direitos mais básicos (Guerra, Franklin, 2018).

As internações compulsórias, sendo uma dessas medidas, na maioria das vezes decorrem de ações violentas e repressivas por parte do poder público, sem respaldo clínico e sem lugares adequados para encaminhá-los, tratando-se apenas de ações de retomada dos espaços utilizados pelos dependentes de crack (Costa, 2015).

Tal medida contribui para a criminalização e ampliação de caráter punitivo a essas pessoas, além de violações sistemáticas aos direitos humanos no usuário. Este ponto se agrava quando se confronta a legalidade das internações compulsórias de usuários abusivos de crack, em cenas de consumo no espaço público (Guerra, Franklin, 2018).

Portanto, a “resposta” do Estado, através do discurso e das políticas públicas é a presença recorrente da polícia, sendo este o principal agente disciplinador nessas regiões, seja para amparar, mais recentemente, políticas de internação compulsória, seja para simplesmente reprimir o uso do crack (Frúgoli Junior, Cavalcanti, 2014).

“Esquecidos pela falta de importância e de atenção que lhe são dedicados, mas sempre lembrados como feridas abertas que importunam aqueles que passam”, como mencionado por Costa (2015), foi declarada uma verdadeira guerra contra “pobres, não brancos, marginalizados, desprovidos de poder, que circulam em territórios populares e favelas” (Rosa, 2015).

Lynch e Omori (2018), em uma análise empírica das variações jurisdicionais nos processos federais nos EUA sobre pessoas que fazem uso ou são comerciantes de crack, observaram práticas associadas a padrões de desigualdade racial em todo

o número de processos criminais. No Brasil não é diferente, embora muitas ações policiais tenham caráter mais performático que efetivo, se voltando contra os usuários, mas não propriamente contra as dinâmicas do tráfico (Frúgoli Junior, Cavalcanti, 2014).

O mero encarceramento de tais pessoas agrava a sua doença e abre cada vez mais o leque de possibilidades para as violações ao princípio da dignidade da pessoa humana, além de quebrar seus laços sociais, piorando, assim, seu estado de saúde física e emocional (Palamar et al., 2015; Sarlet, Sarlet, 2017; Beckmann et al., 2019).

Tais cenas reforçam os dois lugares destinados aos usuários de crack: o de doente crônico e incurável, cuja única intervenção possível é a internação compulsória, e o lugar do criminoso, cujo destino deve ser o encarceramento (Romanini, Roso, 2018).

O indivíduo que faz uso do crack não deve ser resumido ao uso da droga, mas sim em sua totalidade, sendo as políticas públicas capazes de reconhecer o usuário dessa substância, entre outras, como um ser de direitos e desejos, que fazem do uso da droga uma forma de se expressarem (Almeida, Luis, 2017).

Essa população relata comprometimento social abrangente, de modo que o manejo familiar e um maior foco na saúde geral, qualidade de vida e funcionamento podem ser cruciais para a recuperação dessas pessoas (Narvaez et al., 2015).

As políticas sobre drogas oscilam entre o apoio militar direto e brusco à guerra contra as drogas, gerando a perseguição moral de usuários e dependentes e o apoio a campanhas controversas de tratamento a proposições reformistas, como as realizadas em outros países latino-americanos com o apoio de movimentos sociais (Labate, Rodrigues, 2016).

A abordagem ao uso de drogas, em especial ao crack, deve estar focada na perspectiva da Redução de Danos (RD), um modelo de saúde que defende a vida, a autonomia, os direitos e o respeito as pessoas, no qual não se baseia na utopia de eliminação do consumo, produção e comercialização de drogas, como advogam defensores de políticas de 'Guerra às Drogas' e o proibicionismo (Medina et al., 2014; Teixeira, Engstrom, 2017).

Porém, muitas vezes, a RD é obscurecida por uma série de aspectos morais que, aparentemente, continuarão frustrando as perspectivas de consenso entre os vários interessados no controle de drogas para o futuro próximo (Lucas, Walsh, 2017).

A segregação de grupos sociais considerados indesejados, como pessoas com transtornos ou que fazem uso de drogas é algo característico da colonialidade de poder e gênero, encoberta pelo medo de contágio sanitaria e pela retórica de periculosidade. Estes grupos são desumanizados e alvo de diversas violências, incluindo a necropolítica, isto é, o massacre enquanto política de morte para controlar os vivos (Maya Neto, 2019).

A mídia, um potente aparelho ideológico e formador de opinião, por sua vez, influencia essa avaliação moral que fazemos dessa população, através da forma que transmitem as informações sobre os aspectos que circundam os usuários (Zanotto, Assis, 2017; Connor, 2018).

Apesar do uso de crack ser menos significativo se comparado à distribuição e uso de vários outros tipos de drogas entre a população brasileira, quando se foca em determinados segmentos da população mais vulneráveis, como a População em Situação de Rua (PSR), ele assume maior relevância (Ministério da Justiça, 2014).

Assim como aponta a pesquisa realizada pela FIOCRUZ, em 2014, sobre o perfil dos usuários de crack como maiores vítimas dessa guerra às drogas, sendo eles populações pobres, marginalizadas socialmente, negros e pardos, com baixa escolaridade e em situação de vulnerabilidade social.

Portanto, fica evidente a necessidade de desmitificar o imaginário social, que demoniza o dependente de drogas, sendo pertinente o desenvolvimento de políticas públicas, com ações de educação em saúde, prevenção, informação e combate ao estigma (Bard et al., 2016; Olschowsky, 2016).

4.1 Método de abordagem

A metodologia de um trabalho ou pesquisa científica sempre devem ser apropriadas ao objeto de estudo, oferecendo elementos teóricos para a análise, além de ser operacionalmente exequível. (Minayo, Sanches, 1993).

Assim, a abordagem qualitativa, adotada como método científico no presente estudo, faz-se necessária devido às características de dois dos três grupos da população em estudo serem escondidas e por constituírem-se em pessoas que fizeram ou fazem uso de drogas ilícitas, dificultando o acesso do pesquisador e o fenômeno não ser totalmente conhecido.

Com o objetivo de atender às suas relações de sentido ou significado, especificamente no campo das drogas ilícitas, novas tendências de uso não têm sido satisfatoriamente identificadas por intermédio do emprego de técnicas de caráter epidemiológico (Minayo, Sanches, 1993; Turato, 2000; Carrillo, 2004). Assim, considerando que a abordagem qualitativa é eficientemente aplicada ao estudo de “populações escondidas” (Serrapioni, 2000), monitorando tendências no uso de drogas e identificando práticas comportamentais emergentes e de relevância à saúde pública (Clatts, 2002), tornou-se a melhor opção metodológica no presente estudo.

Através de sua potencialidade, em aprofundar o conhecimento do fenômeno social no estudo do ser humano como um todo, esse método permite transformar uma série de representações concretas e simbólicas para apreensão da complexidade dos comportamentos humanos.

Ao contrário da pesquisa científica quantitativa, dominada pelas questões da mensuração, testes de hipóteses e estatística, a metodologia qualitativa contempla uma metodologia de investigação que enfatiza a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das percepções pessoais (Bogdan, Biklen, 1994). Portanto, compreende o fenômeno social no estudo do ser humano como um todo, através de seu comportamento, pelo sentido e significados atribuídos às suas experiências e vivências, de tal forma a não mais compreender o fenômeno apenas por medidas isoladas (Marcus, Liehr, 2001; Flick, 2009).

Este método também permite uma proximidade do pesquisador com os participantes da pesquisa que, através de suas histórias e vivências, compreende um aprofundamento do tema (Minayo, Sanches, 1993; Nogueira-Martins, Bógus, 2004).

Entretanto, esse método não permite generalização dos achados à população geral ou inferências às outras populações, pois se utiliza de amostra intencional, não randomizada e, portanto, não representativa de toda a população (Diaz et al., 1992; Patton, 2002). Porém, esse atributo do método não deve ser encarado como uma limitação, mas como uma particularidade do método qualitativo, que no caso deste estudo, é necessária para atingir o objetivo.

Diante da proposta do presente trabalho, trata-se de um estudo exploratório e transversal com abordagem qualitativa por se tratar de avaliação de percepções de pessoas que foram ou são dependentes de álcool, maconha e crack, sobre suas relações sociais durante o uso e/ou a abstinência das mesmas. A escolha da abordagem permitiu conhecer a complexidade dos fatos, não buscando enumerar ou medir fenômenos, porém compreendê-los através da obtenção de dados descritivos sobre entendimento de valores, categorias e visão desses atores sociais (Hudelson, WHO, 1994; Patton, 2002).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp, sob número: Projeto CEP/UNIFESP n. 1606/2016 (Anexo 1).

4.2 Amostra

4.2.1 Tipo de amostra

Baseado no conhecimento da população e dos elementos selecionados no estudo (Massukado-Nakatani, 2009), a amostra foi intencional em que os participantes

foram selecionados por critérios, sendo eles: ex-usuários de álcool e crack e usuários pesados de maconha.

Considerou-se como ex-usuários, aqueles que não fizeram uso de álcool ou crack nos últimos seis meses que antecederam à pesquisa e usuários pesados⁴ de maconha, aqueles que fumaram no mínimo vinte ou mais vezes em 30 dias e com mais de um ano de uso (assegurando a exclusão de usuários experimentais). A amostra compreendeu esses 3 grupos dos segmentos selecionados.

4.2.2 Tamanho da amostra

O N amostral foi definido pelo princípio do ponto de saturação teórico. Este, por sua vez, determinou a quantidade de dados advindos dos componentes da amostra, a partir do momento em que o pesquisador observou repetições de informações. Portanto, as entrevistas foram interrompidas, pois compreendeu-se que todas as fontes potenciais de informação tinham sido exploradas, e não mais contribuíram para a compreensão do fenômeno estudado (Hudelson, WHO, 1994; Taylor e Bogdan, 1998; Patton, 2002).

A saturação teórica é uma ferramenta bastante utilizada em investigações qualitativas para estabelecer o tamanho da amostra final do estudo (Patton, 2002; Glaser, Strauss, 1967). No caso deste estudo, o ponto de saturação teórica foi alcançado com 14 participantes de cada grupo (álcool, maconha e crack).

⁴ Padrão de uso estabelecido, conforme a classificação da Organização Mundial da Saúde, descrita por Carlini-Cotrim et al. (1989)

4.3 Obtenção da amostra

4.3.1 Entrevistas com informantes-chave

Durante a primeira fase do estudo, foram selecionados cinco psicólogos, os quais foram os informantes-chave (IC), ou seja, tinham conhecimento do tema da pesquisa e da população em estudo (Patton, 2002).

Esses IC foram convidados para uma entrevista informal, ou seja, sem uma preparação prévia de um roteiro (Kvale, 1996) e questões relevantes para o entendimento do tema surgiram durante a entrevista. As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas e os dados gerados foram a base para preparação do roteiro utilizado na entrevista com os participantes da pesquisa (Creswell, 2009).

Devido à dificuldade em acessar a população estudada, em função da ilegalidade da maconha e crack, além do estigma que sofrem, alguns desses IC também fizeram o papel de *gatekeepers*, isto é, contribuíram para a aproximação do pesquisador ao entrevistado.

Os *gatekeepers* eram conhecidos da população em estudo o que facilitou a participação dos voluntários da pesquisa (Patton, 2002). Cada IC identificou participantes em potencial, explicou a cada um deles o objetivo da pesquisa antes de introduzi-los ao pesquisador.

Entrevistas em profundidade (Kvale, 1996) com os participantes da amostra foram conduzidas utilizando-se uma amostra intencional, selecionada por critérios: ex-usuários de álcool e crack e usuários pesados de maconha maiores de 18 anos, com mais de um ano de uso da droga (assegurando a exclusão de usuários experimentais). Os entrevistados recrutados não poderiam estar internados para evitar viés de pesquisa a respeito de possíveis dificuldades enfrentadas no tratamento para dependência. Condição alcançada com a ajuda dos informantes-chave, que através de sua rede de conhecimento, conseguiram aproximar pesquisadores e participantes que cumpriam os critérios estabelecidos para inclusão na amostra (Patton, 2002). A coleta de dados foi realizada na cidade de São Paulo e levou aproximadamente um ano e seis meses para ser concluída.

4.3.2 Entrevista com os sujeitos da amostra

As informações obtidas através de entrevistas com IC serviram para a elaboração do roteiro de entrevistas que foi aplicado aos componentes da amostra (Apêndice 2). As questões consideradas mais controversas foram retiradas ao longo da entrevista de forma a dar mais credibilidade às respostas obtidas (Creswell, 1998; Patton, 2002).

A entrevista é definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado (Haguette, 1997). Porém quando o pesquisador organiza um conjunto de perguntas por meio do roteiro sobre o tema a ser estudado, mas permite que o entrevistado fale livremente sobre os elementos que vão surgindo como desdobramentos do tema principal (Gerhardt, Silveira, 2009) é chamado de entrevista semiestruturada.

Por desconhecer o fenômeno em estudo foram realizadas entrevistas semiestruturadas e em profundidade, conduzidas de forma completamente livre e informal (*informal conversational interview*) (Kvale, 1996; Creswell, 1998) usando um roteiro de tópicos, elaborado na informação proveniente das entrevistas com os IC (Kvale, 1996), na qual não existiram questões pré-determinadas. As questões foram formuladas baseadas no contexto da conversa e de acordo com tópicos relevantes para o estudo.

O fato da abordagem qualitativa alcançar a compreensão subjetiva da experiência humana (Minayo, Sanches, 1993; Nogueira-Martins, Bógus, 2004), em nível profundo de entendimento, é que lhe garante a denominação por estudo em profundidade e em detalhes (Carrillo, 2004).

Questões adicionais emergiram para clarificar tópicos específicos durante cada entrevista permitindo um aumento do entendimento (Patton, 2002). Portanto, o roteiro foi composto dos seguintes temas: dados sociodemográficos, histórico do uso de drogas, como utilizavam sua droga de escolha (álcool, maconha ou crack), percepções de prejuízos e/ou benefícios obtidos com o uso dessa substância, percepção dos entrevistados em relação aos prejuízos causados por outras

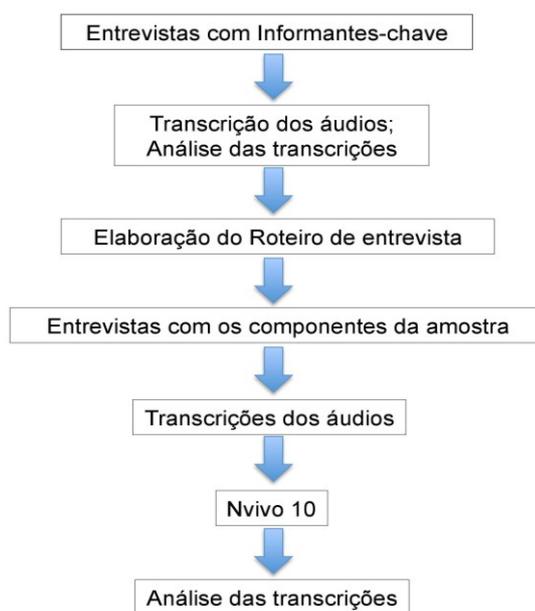
substâncias estudadas na presente pesquisa, que não seja a droga de escolha e suas dificuldades em se (re)inserir ou se manter na sociedade como busca de estudos, trabalho, vínculo familiar entre outros.

Após a explicação do objetivo da pesquisa por parte do pesquisador e os entrevistados lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, as entrevistas ocorreram garantindo o anonimato do entrevistado e gravada com a permissão do mesmo (Apêndice 1). As entrevistas duraram em média 60 min.

Nos dados obtidos foi procedida à análise de conteúdo, de acordo com o recomendado por Bardin (2004), Taylor e Bogdan (1998). Para isso, o material sofreu etapas de preparação de acordo com o que segue: após transcrição, as entrevistas foram identificadas com um código alfanumérico, que foi constituído da inicial do gênero, do grupo a que pertence (álcool, maconha ou crack) e da idade do participante.

4.4 Preparação do material

A preparação do material consistiu no desmembramento e reagrupamento das respostas de acordo com o tópico e questão. Esse material deu origem a arquivos independentes para cada item do roteiro, cada um deles compreendendo as respostas que correspondeu a cada integrante da amostra. Para esta preparação do material foi utilizado o software destinado à pesquisa qualitativa Nvivo 10. A partir dessa informação, as categorias, em relação aos diferentes comportamentos identificados, foram construídas, conforme fluxograma abaixo (Figura 2).



Fonte: própria autora

Figura 2. Fluxograma da metodologia

4.5 Tratamento dos resultados

Foram obtidas frequências e porcentagens relativas às diferentes categorias permitindo interpretações e inferências.

Partes das narrativas dos usuários são apresentadas em *itálico* no decorrer do texto, identificadas pelo código alfanumérico explicado anteriormente.

Em pesquisa qualitativa, os dados são extensos e subjetivos, tendendo a ser representados de forma essencialmente descritiva (Triniños, 1987; Pope, Mays, 1995; Turato, 2003). Porém, para melhor descrição dos resultados no presente trabalho, as porcentagens foram substituídas por expressões, conforme proposto por Diaz et al. (1992), demonstradas abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Tabela de expressões

Expressões	Porcentagem
Todos	100
Quase todos	90-99
A maior parte	75-89
A maioria	55-74
Um pouco mais da metade	52-54
A metade	49-51
Um pouco menos da metade	46-48
Mais de um terço	36-45
Aproximadamente um terço	31-35
Mais da quarta parte	26-30
Aproximadamente a quarta parte	24-25
Menos da quarta parte	16-23
Uma minoria	15 ou menos
Somente alguns (...)	

5.1 Dados Demográficos

Ao longo da história, diferentes classes sociais sempre existiram (Karl Marx, 1844) e, pertencer a uma determinada classe implica em diferenças cruciais em praticamente todas as áreas da vida dos indivíduos, especialmente em questões como educação, emprego e saúde (Moya, Fiske, 2017), além de gerarem estereótipos que podem contribuir para manter as divisões de classe social, sociedade (entre nações) e indivíduos (crenças pessoais) (Durante et al., 2017). Utilizou-se, portanto, o Critério de Classificação Econômica Brasileira (CCEB) que, apesar de não ser suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas, recomenda-se, nesses casos, obter o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, assim como realizado no presente trabalho, através de algumas perguntas apresentadas no Roteiro de Entrevistas (Apêndice 2).

5.1.1 Grupo Álcool

A maior parte da amostra (Tabela 2) foi composta por homens. Esse fato pode ter ocorrido devido as mulheres serem um grupo difícil de ser acessado por pesquisadores, em virtude de julgamentos de suas práticas, do constrangimento e estigmatização que lhes são impostos em diversos contextos, além de fatores como o predomínio masculino nas cenas abertas de tráfico e consumo de drogas (Jalil et al., 2014).

A maioria da amostra (8) (Tabela 2) concentra-se na faixa etária de 41 a 60 anos e, aproximadamente um terço (5) dos entrevistados, não concluíram o ensino superior, sendo o alcoolismo, o único motivo de abandono aos estudos, relatado por todos os entrevistados.

Metade da amostra é solteiro e não possui filhos, a outra metade tem 1 (4), 2 (1) e 3 ou mais (2) filhos. Dentre os que são casados (4), apenas 1 relatou ter construído seu relacionamento durante o uso abusivo ou dependência de álcool, outros entrevistados construíram esse vínculo após algum tempo abstinentes. Menos da quarta parte (3) são separados e todos relataram o alcoolismo como um dos

motivos da causa da separação. Mais de um terço mora com parceiros e/ou filhos e mais da quarta parte mora sozinho.

5.1.2 Grupo Maconha

A maioria da amostra foi composta por homens, porém ao contrário dos grupos de ex-usuários de álcool e de crack, houve o dobro de mulheres entrevistadas no grupo maconha.

Quanto à faixa etária, metade da amostra tinha entre 21 a 30 anos e aproximadamente um terço entre 31 a 40 anos. Apenas 2 entrevistados tinham entre 41 a 50 anos.

Em relação ao nível de escolaridade, metade da amostra tinha ensino superior incompleto. Mais de um terço tinha concluído o ensino superior, sendo apenas um entrevistado que havia concluído até o ensino médio.

A maior parte era solteiro e quase todos não tinham filhos. Mais de um terço vive com os pais, seguidos daqueles que vivem com amigos (4) e os que residem sozinhos (3).

Aproximadamente um terço dos entrevistados pertencia à classe B2, menos da quarta parte pertencia à classe B1 e C1 e, ao contrário dos outros grupos estudados nesta pesquisa, mesmo de uma minoria (2), houve entrevistados pertencentes à classe A1.

5.1.3 Grupo Crack

Assim como os participantes do grupo A, a maior parte da amostra (Tabela 2) foi composta por homens (86 %).

Do total da amostra, a maioria desses entrevistados (8) (Tabela 2) concentra-se na faixa etária de 31 a 40 anos, sendo este grupo mais jovem que o Grupo Álcool (A) e mais velhos que o Grupo Maconha (M). Dentre eles, metade (4) possui ensino médio completo e a outra metade (4), ensino superior incompleto.

Mais de um terço dos entrevistados se declarou casado, seguido dos solteiros (5) e separados (3). Dentre os participantes que são pais, mais da quarta parte possui 2 filhos, porém aproximadamente um terço da amostra total não possui filhos.

Entrevistados pertencentes às classes mais baixas encontram-se nesse grupo (Classes C, D e E). Também nesse grupo concentram-se os entrevistados com mais baixa escolaridade e sozinhos, ou seja, sem relacionamento. Dados coincidentes com os oficiais divulgados pela SENAD que apontam para o usuário de crack brasileiro como sendo: homem, jovem, com baixa escolaridade, baixa classe social e solteiros (Bastos, Bertoni, 2014).

Tabela 2. Dados sociodemográficos

(continua)

GÊNERO	Característica da amostra								
	GRUPO ÁLCOOL			GRUPO MACONHA			GRUPO CRACK		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
	2	12	14	4	10	14	2	12	14
FAIXA ETÁRIA									
21 a 30	0	0	0	2	5	7	1	1	2
31 a 40	0	1	1	2	3	5	1	7	8
41 a 50	0	4	4	0	2	2	0	3	3
51 a 60	1	3	4	0	0	0	0	1	1
61 a 70	1	2	3	0	0	0	0	0	0
71 a 80	0	2	2	0	0	0	0	0	0
ESCOLARIDADE									
Fundamental I Incompleto	0	2	2	0	0	0	0	0	0
Fundamental I Completo	0	1	1	0	0	0	0	4	4
Fundamental II Incompleto	0	0	0	0	0	0	1	4	5
Fundamental II Completo	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Médio Incompleto	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Ensino médio completo	0	3	3	0	1	1	0	1	1
Superior Incompleto	2	3	5	2	5	7	0	1	1
Superior Completo	0	3	3	2	4	6	0	0	0
ESTADO CIVIL									
Solteiros	2	6	8	4	8	12	0	5	5
Casados	0	4	4	0	1	1	1	2	3
Separados	0	2	2	0	1	1	1	5	6
FILHOS									
0	1	6	7	4	9	13	0	5	5
1	1	3	4	0	1	1	1	2	3
2	0	1	1	0	0	0	0	4	4
3 ou mais	0	2	2	0	0	0	1	1	2

(conclusão)

GÊNERO	Característica da amostra								
	GRUPO ÁLCOOL			GRUPO MACONHA			GRUPO CRACK		
	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total	Fem.	Masc.	Total
MORADIA									
Sozinho	1	3	4	1	2	3	0	2	2
Com os pais	0	1	1	1	5	6	0	2	2
Com parceiro e/ou filhos	1	5	6	0	1	1	3	7	10
Com amigo	0	3	3	2	2	4	0	0	0
CLASSE SOCIAL									
A	0	0	0	1	1	2	0	0	0
B1	0	2	2	3	2	5	0	1	1
B2	0	3	3	0	4	4	0	2	2
C1	0	6	6	0	2	2	0	2	2
C2	1	1	2	0	1	1	1	3	4
D-E	1	0	1	0	0	0	1	4	5

Fonte: própria autora

5.2 Álcool

5.2.1 Histórico de uso de drogas

A maioria (9) dos componentes da amostra respondeu ter utilizado tabaco e maconha por pelo menos uma vez na vida, mais de um terço já teve contato com cocaína e crack e menos da quarta parte relatou ter usado medicamentos, entre outras drogas como solventes e chás alucinógenos.

“Já usei cola, tinner, benzina, acetona, tetracloreto, tudo infantil, tetracloreto de carbono, gasolina. As drogas mais fortes quando adulto, cocaína, heroína. L.S.D, anfetaminas. Ah, lógico, o álcool. Maconha também... a maconha eu usei, mas não me identificava. Também, muito crack. Mas não me identificava com o crack.” (MA59).

5.2.2 Como utilizavam o álcool

Todos os entrevistados relataram ter sido diagnosticados como dependentes de álcool e uma minoria relatou já ter feito uso de forma frequente de maconha, crack ou cocaína.

Em relação ao tempo de uso crônico do álcool variou entre 5 e 30 anos, porém somente alguns respondentes fizeram uso dessa substância por 5 anos. Mais da quarta parte (4) da amostra declarou ter feito uso do álcool por 10, 15 e 26 a 30 anos.

Quando questionados a respeito da frequência de uso de álcool, a maior parte relatou ter começado em pequenas doses e poucas vezes por semana, quando comparado à frequência de uso (diária) nos últimos anos que antecederam o início da abstinência.

“Eu diria que no primeiro ano foi mais socialmente, os outros nove anos foi compulsivamente, porque eu desenvolvi a doença muito rápido né a compulsão alcoólica...” (MA37)

Entretanto, mesmo que a minoria também respondeu fazer usos intensos, porém intercalados, como o exemplo citado abaixo, na fala de um dos voluntários da pesquisa:

“Teve fases que eram todos os dias, teve fases que eu ficava três meses sem tomar nada.” (FA57)

5.2.3 Prejuízos/benefícios com o uso do álcool

Todos os entrevistados relataram terem prejuízos com o uso abusivo de álcool, porém, dentre eles, mais da quarta parte também declarou obter benefícios quanto ao uso.

5.2.3.1 Benefícios

Entre esses benefícios, perder a timidez foi mencionado por metade da amostra, sendo o álcool um facilitador para os entrevistados se tornarem mais sociáveis em ambientes escolares, empregatício, familiares e construir vínculos de amizades como segue exemplo abaixo:

“Ah, muitas conquistas amorosas, um bom diálogo, ausência de introspecção, ausência de timidez, né?... Então foi um dos motivos que a doença se instalou comigo foi mais relacionada a isso mesmo, a timidez e ao convívio social que eu não conseguia ter sem tá de cara limpa, né?” (MA37)

Outra metade da amostra declarou que suas experiências como alcoolistas permitiram compreender outros usuários e contribuir para que essas pessoas que se encontram na mesma situação sejam acolhidas:

“Hoje eu dou graças a Deus de ser portador dessa doença, porque eu ajudo muita gente nas ruas, entendeu?” (MA59)

“Hoje eles continuam bebendo, eu sou exemplo para eles, sabe?” (MA59)

5.2.3.2 Prejuízos

Quanto aos prejuízos, estes atingiram diversas áreas da vida dos entrevistados como: danos sociais, no qual, quase todos (13) os entrevistados relataram rompimento de vínculos familiares e a maior parte (11) da amostra relatou ter perdido bens materiais e o emprego.

Só prejuízo. Bom, eu perdi uma empresa e quase perdi a saúde, eu tive convulsão que eu tomei medicamento um tempo, fiz tratamento em hospital e não parava nunca, aí perdi o controle da minha vida total. Família eu me afastei de todo mundo. Família e amigos só de bar mesmo. (MA72)

O único voluntário da pesquisa que não teve prejuízo em seu vínculo familiar, foi devido a distância física dos parentes e a falta de conhecimento do alcoolismo pelos mesmos.

“Prejuízo familiar não, porque eu não morava com a família. Eles sabiam que eu bebia, mas não a quantidade, porque na casa da minha mãe eu sempre me preservei pra beber pouco e eu não bebia em casa, eu bebia sempre em bar.” (MA50)

A maioria também relatou não ter ingressado nos estudos ou os abandonou por ter iniciado o uso abusivo logo na infância (menor de idade). Portanto, menos da quarta parte declarou não terem esses prejuízos, devido à falta de estudos, conseqüentemente sem oportunidade de emprego e logo sem terem acumulados bens ao longo da vida.

“Eu não construí nada porque meu vício não deixou, entendeu?” (MA47)

A maior parte da amostra respondeu como danos psíquicos a baixa autoestima (12), além da maioria também relatar a falta de higiene pessoal (tomar banho, escovar os dentes...) durante o uso de álcool e mais da quarta parte relatou agressividade, irritabilidade e o fato de mentir muito a todos que os cercavam.

“No último estágio foi familiar, né? Agora, no decorrer foi profissional e a auto estima lá embaixo, aí acabou tudo. Eu acho que o principal de tudo aí foi a baixa estima, porque você com a estima lá em baixo você não corre atrás de nada, aí a coisa fica pior.” (MA69)

“Ah prejuízos é que mesmo bebendo pouco, acentuava a minha irritabilidade, ficava mais intolerante com as coisas que eu ia resolver, eram resolvidos com mais agressividade. Isso me causou perdas a nível de relacionamento humano, até com a minha irmã e mesmo sendo pouca quantidade de álcool, gastos excessivos, extrapolava.” (FA57)

Quanto aos danos morais, a maioria dos entrevistados relatou terem sofrido exclusão e isolamento social, preconceito em toda sua trajetória de uso, além da falta de credibilidade e confiança por todos que os cercavam.

“Ah, você vira uma vagabunda, você é nada, você é um zero á esquerda, ninguém te considera, ninguém te respeita, ninguém tá nem aí pra você. Você não é nada. Se você vai pra rua, você é nada. Ninguém quer saber de você. E aí você fica com vergonha de voltar pra casa. Ah é uma coisa horrorosa, não precisa nem explicar.” (FA65)

“...a pessoa acha que é falta de caráter, falta de pulso, né? Não é. É uma coisa que é muito mais complicada que a compreensão humana possa entender, é muito complicado isso daí...” (MA37)

“Todos os prejuízos, perda da vergonha, perda da moral, perda do respeito, fora os prejuízos materiais, perda da família, perda do amor por si mesmo, perda de emprego, tudo isso aconteceu comigo.” (MA73)

Aproximadamente um terço disse ter se decepcionado consigo mesmo, além de mais da quarta parte declarar que família e amigos sentiam vergonha dos mesmos, pessoas em geral tinham medo do usuário e estes ainda disseram sofrer ameaça de morte em diversas situações.

“Socialmente eu era um cara que trazia problema onde eu estava, comecei a ser marginalizado pelo grupo de amigos, família, depois pela esposa, pelo filho, filho pequeno...” (MA64)

“Família não quer saber de você mais, amigos... Os próprios amigos que bebiam e usavam com você, não querem saber de você mais. Num caso como o meu a sociedade, de uma certa forma, excluí um bebedor crônico. Um cara excluído, eu fiquei a margem da sociedade, ninguém quer saber. É o nória, o bebum, é o bêbado, sai daqui. Dá licença. Ninguém quer. Ninguém consegue conviver com um cara bebendo cronicamente, ninguém consegue, é muito difícil.” (MA64)

“Prejuízo é que não conseguia trabalhar direito, né, várias coisas, apagão, ameaça de morte, ameaça de apanhar na rua, né, fazia coisa que, não devia.” (MA54)

Em relação aos danos físicos, pelo menos um dano, foi relatado por todos os entrevistados. Diabetes, pressão alta, comprometimento no fígado, amnésia alcoólica, convulsões, internações e fraturar algum membro do corpo devido a quedas, atropelamento ou agressões físicas foram danos citados por mais da quarta parte da amostra. Somente alguns entrevistados relataram também a neuropatia, suicídio, perda de peso e desmaios como danos físicos causados pelo uso abusivo de álcool.

“Cheguei muitas vezes em casa e não sabia da onde tinha vindo. Cheguei machucado, cheio de sangue e fiquei tentando lembrar onde que eu tinha me machucado e foi em um desses bares.” (MA72)

“...a primeira convulsão alcoólica que eu tive, eu tava com dezoito pra dezenove, dezenove anos que eu tava.” (MA45)

“...eu tomei veneno de rato enganado, bêbado, fiquei agonizando sete, seis dias em casa, fiz uma laparotomia, abriram meu estômago. Já fui atropelado, já bati com o carro bêbado, só prejuízo. Hoje eu tenho problema de esquizofrenia.” (MA59)

Apesar de tantos danos citados pelos componentes da amostra, aproximadamente um terço fez uso abusivo do álcool entre 1 a 5 anos. Apenas uma minoria abusou de álcool por 6 a 10, 11 a 15 e 26 a 30 anos, e menos da quarta parte o fez entre 21 a 25 anos.

5.2.4 Cessar o uso

A maior parte relatou dificuldades em deixar de usar o álcool, a maioria tendo como causas principais não perceber ou não admitir que estabeleceu uma relação problemática com a substância, além do fato de ser uma droga legalizada e de fácil acesso, tanto em relação ao custo quanto aos locais de compra.

“Porque o álcool, ele é liberado e é fácil acesso a todo mundo pelo fato de ser liberado e criminalidade, tudo que se escuta falar, há séculos tem base no álcool, não em crack, nem maconha.” (FA57)

“Porque ele é legal, não legal assim de dar barato, legal... ele é legalizado. Se alguém me pegar bêbado aí não pode fazer nada comigo, mas se pegar drogado...” (MA69)

Metade da amostra citou o desconhecimento sobre a dependência de álcool ou que pudesse ter controle sobre o uso. Mais de um terço disse ter tido síndrome de abstinência e mais da quarta parte citou a timidez como um empecilho para deixar de fazer uso de álcool.

“Eu era um alcoólatra e não sabia. Eu desenvolvi o alcoolismo e na hora que a doença se manifestou no meu corpo fisicamente, emocionalmente, espiritualmente, aí, como eu costumo dizer, a chave virou! Aí não era eu que estava no comando mais. Aí era a doença que estava no comando, porque hoje eu vejo e aceito isso como doença, eu sou portador de uma doença incurável, incurável.” (MA64)

“A crise de abstinência é muito forte. No meu caso, é alucinação, você ouve vozes... Com relação a ver eu nem ligava mais, sabe? Eu via lagartixa, besouro, barata, aranha, cobra... Assim, essas coisas tudo e eu já estava acostumado com isso, né? Mas o problema era audição, cara. Isso daí que era demais. Se você evitar a ressaca e se manter bêbado, você não tem essas alucinações, as crises de abstinência em si, né?” (MA37)

Receio de lidar com sentimentos, frustrações e responsabilidades utilizando o álcool como “fuga” foram relatados apenas por alguns entrevistados.

“A doença é muito complicada, porque o alcoólatra, o adicto, ele tem muita dificuldade nas frustrações dele. Um dos motivos que mais faz recair é quando tem essa dificuldade em lidar com as frustrações, né?” (MA37).

“Aquele acúmulo de responsabilidade para a idade que eu tinha, eu usava o álcool para fugir da responsabilidade, como é que pode espairecer e ali eu comecei toda a noite.” (MA69)

Apesar da dependência de álcool, uma minoria respondeu ter conseguido abandonar o uso assim que decidiram fazê-lo pela primeira vez.

“O álcool, não, quando eu decidi mesmo parar, eu parei, foi dando prejuízo, prejuízo... Assim, apagões, prejuízo de não conseguir trabalhar direito, prejuízo de ter apagão assim, a última vez que eu parei de beber... aí eu pensei: “eu tive apagão aprontando”, aí eu decidi parar mesmo.” (MA54)

5.2.5 Percepção dos entrevistados do grupo de álcool, em relação aos prejuízos causados por maconha e crack

Apesar da maioria dos entrevistados ter feito pouco ou nenhum uso de crack e maconha, estes relacionaram alguns prejuízos e benefícios quanto ao uso dessas substâncias.

Quando perguntados se alguma das 3 substâncias pesquisadas (álcool, maconha e crack) traz prejuízos e benefícios físicos, psíquicos e/ou sociais, todos os voluntários da pesquisa disseram que álcool e crack trazem prejuízos à vida daqueles que as utilizam.

“Crack pelo que se escuta falar, um desastre, só desastre. Coitado de quem entra nesse crack. Álcool todo mundo conhece os desastres, né?” (FA57)

“O álcool ele vai te iludindo, iludindo, mas você está sempre numa pior e você não percebe isso, porque você está sempre entorpecido. Porque ele te dá um bem-estar e esse bem-estar você pensa que está tudo a mil maravilha, quando não está. Aí está tudo destruído. Pelo que eu percebo, o crack não. O crack já é “pá puff!”, acabou!” (MA69)

Entretanto, quando solicitado para enumerar qual delas traz mais prejuízos e quais são esses possíveis prejuízos, aproximadamente um terço dos respondentes disse que o crack é a droga que causa mais danos físicos, psíquicos e sociais, seguido de álcool e maconha; entretanto, menos da quarta parte disse ser o uso de álcool o mais danoso, seguido de crack e maconha.

“É o crack. É, eu não usei, mas eu sei que é o crack. Porque eu tenho pessoas assim na família e hoje eu trabalho ajudando pessoas que estão no crack. A destruição é muito mais rápida e mais violenta. Segundo o álcool, porque eu conheci o álcool. A maconha eu não sei, nunca usei, mas eu acho que tem menos prejuízo, porque eu já vi pessoas usarem por muitos anos e não causam muito dano não.” (MA72)

“Pior, sabe qual que é pior de tudo? É o crack, tá? Porque a pinga “fia”, eu bebia e ficava no mesmo lugar que eu tava. Não saía vendendo da unha do pé até o fio de cabelo pra usar droga, pra comprar pinga... Eu não fazia isso. Essas pessoas estão jogadas, sem roupa lá, porque venderam tudo. Acaba de dar um trago já quer dar outro.” (MA43)

Mais da quarta parte disse que o uso das 3 drogas traz prejuízos, sendo relatado o uso de qualquer substância como danosa à vida daquele que a utiliza. E somente alguns disseram que o crack e o álcool trazem prejuízos iguais, ou que depende da relação que o usuário estabelece com a substância.

“Para mim o álcool e aí o crack é caminhar lado a lado, porque você pode ver o cara que está na rua, o usuário de crack ele está com a pedra de crack e uma garrafa de pinga.” (MA47)

“Desde que a pessoa não seja compulsiva, nenhuma delas traz prejuízo, mas se é compulsivo, todas. Porque se fosse assim, não existia gente vendendo droga, eles não vendem para viciado eles vendem para quem vai lá de vez em quando usa uma droguinha, tal. Não é interesse eles venderem para nóia, a mesma coisa que não é interesse dos bares vender para bêbado, eles vendem para você fazer um happy

hour e tal. E é por isso que a gente sofre, porque a gente sente esse preconceito e a gente pensa que é igual os outros e não é. A gente é compulsivo.” (MA69)

Quanto ao uso de crack, os prejuízos relacionados a ele foram: surgimento rápido dos mesmos, danos psíquicos, sociais, perda de vínculo familiar, violência doméstica praticada por esses usuários e o fato de estarem em situação de rua.

“O crack, a velocidade que ele destrói a pessoa é muito rápido, hoje você vê usuário de seis meses aí que está, como a gente costuma brincar, “a capa da gaita”. Está pele e osso, completamente paranoico. É completamente esquizofrênico, louco.” (MA64)

“Porque assim, a pinga às vezes o cara bebe, bebe, bebe e a família deixa ele de mal. O crack, o cara sai para a rua, o cara não está nem aí se ele tem mãe em casa, se ele tem filho, esposa... A maioria, a família que vai atrás buscar na crackolândia. Já vi o cara ainda correr, se esconder da família, a família que quer ele.” (MA47)

Quanto ao álcool, os prejuízos físicos, financeiros, perda de bens materiais, emprego, vínculo familiar, fuga dos problemas, o fato dessa substância estimular o uso de outras drogas e geração de preconceito e estigma foram relacionados ao abuso dessa substância.

“Não acho que tem menos ou mais, todos trazem prejuízos, mas o álcool é a porta de tudo, o álcool você bebe, o álcool você vai pro crack, o álcool você fuma maconha.” (FA65)

Do total da amostra, a maioria dos entrevistados relacionou menos prejuízos ao uso da maconha entre as três drogas estudadas, considerando-a uma droga “leve”, sem provocar danos relevantes na vida do usuário. Porém, esses prejuízos mencionados foram: estimular a curiosidade sobre outras drogas, perder o foco, desenvolver transtorno obsessivo-compulsivo e causar esquizofrenia naqueles que a utilizam.

“A maconha, eu acho que tem menos prejuízo porque eu já vi pessoas usarem por muitos anos não causam muito dano não.” (MA72)

“O crack não! O crack não tem quem fale que é recreativo, mas a maconha e a bebida pode ser recreativo.” (MA69)

Quando solicitado para enumerar qual delas traz mais benefícios, nenhum entrevistado relacionou o uso de crack com algum benefício, porém menos da quarta parte citou o uso de maconha proporcionar relaxamento e o abuso de álcool para perder a timidez.

“No álcool tem aquele benefício que eu te falei, mais extrovertida e melhor para me relacionar. (FA57)

“Eu tenho amigos que estão há trinta e cinco anos fumando maconha e estão lá. Não sei se é a quantidade que eles usam, eu sei que eles estão lá. Não têm problema social nenhum, vivem bem, criaram os filhos, os filhos também fumam.” (MA64)

5.2.6 Busca de tratamento

Quanto à busca por algum atendimento especializado a respeito do uso de álcool, a maior parte já recorreu a prontos-socorros e hospitais, menos da quarta da parte buscou CAPS AD, comunidades terapêuticas, clínicas e institutos. Somente alguns citaram a busca pelo Daime, CRATOD e tratamento hospitalar.

“Hospital, nossa senhora! Aí tem o Souza Aguiar do Rio, quando eu comecei, tem o hospital de São Bernardo do Campo, Pronto-Socorro de São Bernardo do Campo, já fui atendido lá também... O Hospital HC de Diadema, já passei por lá também. Tudo do álcool. Pronto-socorro... Aí se for pra numerar os prontos-socorros que eu já fui em estado de coma alcoólico, vai dar uma lista bem grande.” (MA45)

Entretanto, menos da quarta parte não buscou qualquer tipo de atendimento especializado ou auxílio para o uso de álcool, e os motivos citados por eles foram a falta de conhecimento ou até mesmo a falta de serviços oferecidos para essa população.

“Não, até porque quando eu parei, antigamente não tinha o CAPS, há 25 anos atrás não tinha.” (MA54)

“Ah, falavam para eu deixar de beber, mas nunca, nenhum médico um dia me deu um endereço de uma sala. Oh! Vai assim, assim... se eu tivesse, por incrível que pareça, se eu tivesse informação, né? Porque eu sabia onde tinha bar, né? Porque boteco e biqueira eu conhecia em vários lugares...” (MA47)

“...mas eu acho que devido à localidade, o interior, né? Não sei. Não tinha ajuda, não tinha grupo de ajuda na região. Existia Narcóticos Anônimos, mas há mais de cem quilômetros dali o mais perto.” (MA37)

Referente à busca de psicólogos, psiquiatras ou qualquer outro profissional da área da saúde mental, mais de um terço dos participantes disse nunca ter buscado esses profissionais.

“Acho que se eu fizesse uma terapia, psicólogo, alguma coisa desse tipo seria mais benéfica, mas eu não confio. Não consigo ter uma confiança com a pessoa. Em nenhum profissional de saúde, mas hoje a cabeça muda, né? Mas enfim...” (MA37)

“Não. Busquei, a associação antialcoólica do estado de São Paulo. Fui pra ajudar um amigo. Através dos testemunhos eu fui me identificando.” (MA56)

Quando perguntados sobre obter um tratamento diferenciado por serem usuários de drogas nesses locais e/ou com os profissionais da saúde, todos responderam terem sido tratados de forma diferente. Entretanto, metade deles declarou ser positivo esses atendimentos. Os motivos apontados por mais da quarta parte dos que buscaram atendimento em serviços e/ou profissionais de saúde

declarou que tais atendimentos foram esclarecedores em relação ao uso de álcool, porém essa mesma parcela da amostra relatou que profissionais de saúde, ao atendê-los, desconhecia o alcoolismo do paciente.

“Positivo. Porque me ajudou quando eu fui tomar uma decisão na minha vida, me ajudou, aquilo ficou na minha mente, né? Foi um alerta que foi me dado que eu aproveitei, né? Foi bom, esclarecedor.” (MA50)

“Foi bom e não foi, porque mesmo terapias, psicoterapias que eu fiz, quando o profissional podia perceber que a questão era o álcool, não percebeu.” (MA56)

“Não, porque como eu falei, às vezes se o médico perguntar se eu usava droga eu ia falar que não, eu ia mentir. Agora o álcool eu falava: “Ah eu bebo!” Mas eu já falava a verdade: “Socialmente, né?” Que eu estava mentindo né...? Então...” (MA47)

Somente alguns componentes da amostra disseram ter sido atendidos de forma positiva, por ter sido acolhedor e interativo, pelo fato de estar pagando ou por buscar esse tipo de serviço após ter cessado o uso.

“Como eu sempre busquei clínica, então eu era muito bem tratado. Porque eram clínicas particulares onde eu estava pagando, então eu não tive esse problema como eu te falei de na busca do tratamento ser...” (MA64)

“... até porque quando eu parei, antigamente não tinha o CAPS. 25 anos atrás não tinha. Quando eu busquei algo, eu já tinha parado.” (MA54)

Menos da quarta parte dos participantes disse ter sido negativo o atendimento, pois dentre eles, todos declararam sofrer preconceito e/ou desmotivação da equipe de saúde, e somente alguns citaram o excesso de medicação prescrita por esses profissionais.

“Eles não respeitam, eles não dão valor à vida como ser humano, sabe? Como se eu fosse um doente e fosse incapaz, entendeu? Tivesse uma doença incapaz de

fazer, incapaz de trabalhar, incapaz de produzir, incapaz de voltar à sociedade de novo, incapaz de beber, de parar de beber. Hospitais e prontos-socorros também”. (MA59)

“Negativo demais, o próprio médico que falou pra mim: “Seu caso é irrecuperável!” Cortaram meu cabelo, eu falei pro enfermeiro: “Pelo amor de Deus, não me deixa no corredor nua! Porque eles punham uns lençóis transparentes, o enfermeiro foi assim de uma gentileza infinita, agora o médico falou assim: “Seu caso é irrecuperável, volte pra rua!” E eu falei pra ele: “Só se você vier junto, você não dura uma semana.” (FA65)

5.2.7 Relação familiar

Sobre a relação do conjunto familiar e a dependência de álcool dos entrevistados, foram levantados alguns pontos relevantes, como ter ciência ou não do diagnóstico do usuário e quais atitudes tomadas por familiares a partir dessa informação.

Quase todos os componentes da amostra disseram que a família tinha consentimento do uso abusivo e/ou dependência de álcool. Entretanto, a maioria dos respondentes disse que estes familiares tiveram atitudes negativas perante tal informação, sendo elas constantes ofensas e expulsão da moradia do entrevistado.

“-Sai prá lá, não venha mais aqui! Sai de casa e não pude mais visitá-los, né?” (MA59)

“Ah foi meu padrasto. Eu fui muito criticado por ele, hoje nós somos grandes amigos, mas eu fui muito criticado por ele, muito criticado, muito. Mas não a crítica construtiva, daquelas destrutivas mesmo! “É, você é vagabundo!”” (MA69)

Porém, mais de um terço também relatou ter parentes que contribuíram de forma positiva perante a dependência do usuário, como buscar informações e locais que trabalham com a população usuária de drogas.

“Primeiro foi a terapia de grupo, ajuda psicológica, né? Essa foi a primeira busca de ajuda que eles buscaram. Anos depois, aí já conhecendo que era doença da dependência química, aí sim foi para a ajuda clínica, né? No caso dos meus pais, eles foram para a vila Serena, onde eles foram suficientemente informados a respeito da doença.” (MA64)

“Teve um tio meu, por parte da minha mãe que sempre falava comigo, sempre me dava conselhos. Ele falava que ele bebeu durante cinquenta anos, ele sempre falava: “Olha, isso não vai te levar a nada, vai te trazer só infelicidade!”” (MA45)

Somente alguns respondentes relataram que estes familiares ignoraram os fatos ou não havia conhecimento por parte deles perante o diagnóstico do usuário.

“A princípio neutra: E daí? É mais uma história! E depois de gratidão com a associação, de felicidade por eu ter realmente mudado... Ah tá bom, é bem isso! Não fizeram nada.” (MA56)

“Uma parte foi bem, mas outra parte que eu senti no coração não estavam nem aí não. Sou realista, sou homem pra falar isso. Depois que eu fui morar na rua piorou mais ainda. Que correu atrás mesmo, que eu vi e que eu senti foi só uma das 2 irmãs.” (MA43)

Quando perguntado aos componentes da amostra se eles imaginavam porque seus familiares tiveram tais atitudes, a maioria da amostra apontou a falta de conhecimento sobre o assunto dependência de álcool e outras drogas por seus parentes.

“Porque eles não sabem porque eu... “Ele trabalha, ganha dinheiro dele, vai beber, troca o conforto da casa, gasta o tempo dele em vez de ficar na casa dele fica bebendo dentro de bar e chega aqui todo mijado, vomita no meu banheiro, entendeu?”” (MA59)

“Porque eles estavam certos. Por falta de conhecimento, né? Porque hoje e, até antigamente, nem a televisão mostrava isso aí, então... Por falta de conhecimento mesmo.” (MA47)

E mais da quarta parte apontou preocupação da família perante o uso de álcool.

“É de preocupação, né? Preocupação da situação mesmo... Eu não tinha dinheiro, por exemplo, a firma quebrada, não dava cliente, não pagava funcionário, deixava tudo aberto, os funcionários lá e caía fora, fugia, porque não tinha como pagar...” (MA54)

Porém, apesar da maioria dos respondentes ter relatado que estes familiares tiveram atitudes negativas perante tal informação, a maior parte concordou com a forma que seus parentes agiram perante o conhecimento do seu uso de álcool, e a principal explicação foi não os culpar perante o desconhecimento da doença.

“Olha, na época eu recrimei, mas hoje eu aceitei e perdoei, porque eu acho que eu faria igual a eles. Eu acho que eu faria igual, no desconhecimento da doença eu faria. Hoje eu não faria porque eu conheço a doença, mas na ignorância da doença eu faria a mesma coisa, eu marginalizaria isso.” (MA64)

Apenas alguns citaram o fato de agirem da mesma forma que seus parentes com outras pessoas, e por terem sido acolhidos pelos mesmos.

“No começo eu achava um absurdo, mas hoje em dia eu entendo, porque eu tenho vontade de matar minha filha, hoje em dia eu entendo... Eu tenho a pessoa em casa, e as vezes eu faço as mesmas coisas que minha mãe fez, mas só que ela me xinga, ela rouba, e eu não xingava minha mãe, não roubava, mas sei que não resolve...” (FA65)

“Eu faria o que meu pai fez, procuraria me conscientizar para ajudar outra pessoa.” (MA69)

“Eu achei correta, eu não julgo negativamente, porque não existe um modo operante de pai e mãe agir nessa hora” (MA37)

Entretanto, uma minoria disse não concordar com tais atitudes, além de relatar a forma adequada que agiriam, caso tivesse algum familiar passando pela mesma situação, como foram citados o acolhimento e a compreensão, além de busca de tratamento.

“Não concordo. Eu ia ver o porquê do comportamento, o que que estava acontecendo, e a partir do momento que eu visse que era o álcool, eu buscaria ajuda.” (MA56)

“Não. Não, não faria. Eu teria que compreender o motivo, mesmo que não desse para ficar junto, eu não iria desanimar a pessoa, ofender. Com esse comportamento eu só iria atrapalhar mais.” (MA72)

A maior parte dos respondentes acredita que, como alcoolistas, trouxe prejuízos para si mesmos, familiares, em relacionamentos amorosos, além de se sentirem culpados ao compartilhar bebidas alcólicas com outros usuários.

“Não assim intencionalmente, mas a gente prejudica uma mãe, prejudica os irmãos, prejudica os filhos, pelo comportamento. Porque não é um comportamento adequado para a família, para a sociedade, mas fora isso não.” (MA69)

“...mas também prejudiquei, porque quando eu paguei álcool, eu estava prejudicando.” (MA56)

Ofertar bebidas alcólicas a outros usuários também foi considerado benefício para os entrevistados, além de contribuir com o lucro dos proprietários de bares e passarem suas experiências a outros alcoolistas.

“Eu só beneficieei donos de bares.” (MA72)

“Beneficiei, porque eu já paguei bebida alcoólica no bar.” (MA56)

“Nunca, o único benefício que eu fiz com o álcool foi ter me recuperado do álcool e ter ajudado as pessoas. Hoje eu dou graças a Deus de ser portador dessa doença porque eu ajudo muita gente nas ruas, entendeu?” (MA59)

5.2.8 Trabalho, estudo e outras metas

A maioria dos entrevistados declararam ter trabalhado antes e durante o uso abusivo de álcool, porém, dentre aqueles que trabalharam durante o uso, metade não teve empregos registrados, sendo trabalhadores autônomos, e outra metade relatou trocar constantemente de empregos, ocasionados por demissões.

“É esse ciclo que eu falei, né? Do fato de eu me reestabelecer materialmente me dava a ilusão de que eu controlaria a minha doença. O uso, eu ia beber, conseguir beber socialmente, usar droga socialmente, ficar louco socialmente, sem causar nenhum problema nem para mim, nem para os outros...” (MA37)

“Eu fazia mochila. Na época se usava umas mochilas coloridas, umas bolsas, eu fazia, ia vender na praça da república, e ia passava a semana lá usando direto. Já chegava vendia as coisas, tudo, e já ia gastar o dinheiro lá. Já ficava por lá bebendo.” (FA65)

Mais da quarta parte não trabalhou antes do uso abusivo, metade relatou o uso precoce de álcool e a outra metade estar estudando.

“Antes não trabalhei. Comecei a beber com 15 e trabalhar com 17.” (MA45)

“Eu fiz psicologia antes de eu me tornar alcoolista.” (MA56)

Entretanto, de todos os respondentes da amostra, mais de um terço estava aposentado. Aproximadamente um terço estavam desempregado e menos da quarta parte relatou estar trabalhando até o momento da pesquisa.

Em relação aos prejuízos e/ou benefícios adquiridos no ambiente de trabalho ou de estudos enquanto alcoolistas, a maior parte citou prejuízos em ambientes de trabalho. Dentre eles, quase todos relataram trabalhar sob o efeito de álcool e cometer faltas constantes no trabalho, por consequências do uso de bebidas alcoólicas e, assim, logo demitidos ou abandonando o serviço.

“Prejuízo? Todos, porque a primeira coisa que fazem é jogar o bêbado embora.”
(MA69)

“Sim. Por mim mesmo, de não querer trabalhar. Abandonei.” (MA43)

Somente alguns citaram como prejuízos, desrespeito e inimizades no ambiente de trabalho.

“Prejuízos no ambiente de trabalho, principalmente pelo desrespeito que eu dava aos alunos na escola, aos meus colegas, o excesso de faltas também. Cheguei a ser demitido por causa desses problemas todos.” (MA73)

“Prejuízos? Muitos. No trabalho tive inimizade, pessoas que eu confiava, hoje as pessoas não confiam mais em mim, não conversam mais comigo. Desconfiança. Às vezes eu falava que tinha feito um trabalho, eles iam se certificar.” (MA45)

Uma minoria citou o abandono de estudos durante o uso abusivo de álcool.

“Prejuízos? Eu já parei de estudar várias vezes, eu tive que me formar por correspondência. Aos vinte e nove anos eu terminei meu segundo grau, estudei até dois mil e um, tava no primeiro ano, parei, depois eu fui voltar aos vinte nove, fiz no Instituto Universal Brasileiro, fiz o segundo e o terceiro lá, aí consegui. Aí em dois mil e dez quando parei de beber, eu comecei a faculdade.” (MA37)

Quase todos os entrevistados disseram ter sido impedidos de entrar em algum ambiente, por serem alcoolistas ou por estarem sob o efeito do álcool.

Aproximadamente um terço deles disse ter sido impedido de estar presente em confraternizações familiares, menos da quarta parte em festas de amigos ou ambientes de trabalho e mais da quarta parte em bares, lanchonetes, entre outros comércios.

“Eu fui impedido de passar Natal e Ano Novo com a família, porque da outra vez que eu fui falaram que eu não podia ficar no meio do pessoal, isso e aquilo, aí eu não fui mais.” (MA45)

“Muitas vezes, bar que funciona a noite inteira, que abre às nove da noite e só fecha de manhã. Eu cheguei nele às dez, eles tinham acabado de abrir, falaram que iam fechar a hora que eu cheguei. Vai embora que a gente vai fechar. Para eu não ficar lá.” (MA72)

Uma minoria declarou ter sido bloqueada em redes sociais de parentes, ter se apresentado alcoolizado em encontros amorosos e em ambientes escolares.

“Sim, mesmo com o baixo uso do álcool, porque teve boicote da minha família. Trabalho não. A minha irmã suponho que ela bloqueou o whatsapp do meu sobrinho para não receber mensagens, facebook. Agora está liberado, mas uma época estava bloqueado, eu suponho que seja por causa do álcool.” (FA57)

“Na escola, me seguraram eu lá e chamaram meu irmão. Me trancaram dentro de uma sala, eu quebrei a sala toda, aí chamaram meu irmão. Meu irmão simplesmente pegou e falou: -Ó, quando chegar em casa a gente conversa. E me deixou em casa de castigo, uma semana sem botar o pé na rua. Em encontro de família já também, por incrível que pareça, sim.” (MA45)

Quanto ao fato dos entrevistados terem deixado de realizar algum trabalho, estudos ou outros objetivos na vida por conta do uso dessa droga, a maioria disse ter deixado os estudos e o trabalho.

“Do álcool? Ah eu fazia faculdade, né? Não é que foi: “Ah! Eu não vou fazer pra beber! Não foi assim, mas era assim, toda noite eu tava bebendo já lá pros 21 ou 22 né...? Não ia pra faculdade.” (MA54)

“Já. Os dois, trabalho e estudo. Eu ia trabalhar encontrava algum amigo no caminho: “Ah tô com dinheiro aqui, vamos beber? E escola eu cansei de pegar o livro e chegar no bar, pôr o livro em cima do balcão e chamar o Velho, né? Eu gostava da 51, mas aí eu voltava bêbado nem o livro eu trazia, eu esquecia.” (MA47)

Menos da quarta parte disse perder expectativas e objetivos, ou seja, ter abandonado todos os sonhos que tinha e que poderiam vir a ter.

“Aí não tem como você até responder essa pergunta, porque quando você está no abuso do álcool você não vê perspectiva. Você nem vai procurar, você é um zero à esquerda, você não tem perspectiva.” (MA69)

Somente alguns disseram não ter deixado de trabalhar, mesmo quando alcoolizados, ou sentimento de abandono por não conseguirem emprego.

“Não abandonei nada! Não deixei de fazer nada.” (MA50)

“Eu abandonei não, eles me abandonaram, né? Porque procurar eu ia, eles me abandonaram.” (MA69)

Sobre situações vivenciadas pelos entrevistados em ambientes já frequentados sob o efeito do álcool e como se procederam essas situações, a maioria respondeu já ter comparecido em confraternizações familiares alcoolizados. Dentre eles, todos disseram que pelo menos alguém percebeu a situação. Sobre as atitudes tomadas pelos parentes, metade respondeu ter sido expulso dessas confraternizações ou

mesmo excluídos pelos convidados das mesmas. A outra metade respondeu não lembrar o ocorrido, porém, após a confraternização, foram julgados (reprimidos/chamados a atenção) por seus familiares. Somente alguns disseram não ter sofrido nenhuma ação por nenhum familiar.

“Familiar que mais marcou foi o Natal, né? Do ano retrasado. Tinha acabado de sair do tratamento de TB, fui pro encontro de família, mas já cheguei lá a 95 graus. Quando começou a festa eu já tava a 360. Aí quando terminou eu já tava em casa sozinho. Aí, então fiquei só escutando os comentários, né? Estraga festa, que mais não sei o que... aí falaram que eu tinha dado o maior show.” (MA45)

“Perceberam sim, aí falaram: “Você tá bebendo muito e tal! Você bebe muito.” Um primo meu que era médico depois chegava falando que eu bebia muito, e eu falava: “Ah eu só bebo cerveja” mas bebia vinte cervejas, não adiantava né? Não fui mandado embora porque era família, pessoal assim que não tinha problema, respeitava muito.” (MA33)

Aproximadamente um terço dos entrevistados relatou ter comparecido em ambientes de trabalho alcoolizados. Dentre eles, quase todos disseram ter recebido demissão após o ocorrido, apenas um entrevistado relatou ter recebido apoio da empresa.

“Já, muito! Frequentava direto, por isso que eu fui, inclusive, demitido. A última vez, que te relatei há pouco, a diretora falou para eu fazer a minha carta de demissão. Eu desisti das aulas, para ela não dar a demissão. Eu chegava sempre alcoolizado.” (MA73)

“Eu fui pra supervisão. Antes de eles falarem alguma coisa, eu assumi, falei: “Ó, eu preciso me tratar. Eu quero um tratamento! Eles entraram em contato, arrumaram e me internaram. Nessa internação que eu fui conhecer “o que que é” o lado da vida. Aí foi onde eu passei um período internado, aí voltei, e tô, graças a Deus, todo esse tempo aí. Pretendo ficar por bem mais...” (MA45)

Mais da quarta parte disse ter comparecido em ambientes escolares e encontro de amigos sob o efeito do álcool. Dentre esses entrevistados, a maioria relatou ter sido mandado embora da escola nos dias em que se apresentava alcoolizado. Somente alguns declararam a escola ignorar os fatos ou tentar ajudar o aluno.

“Na escola uma vez eu cheguei para fazer educação física, cheguei alcoolizado na aula, então mandaram eu de volta para casa e eu saí da escola. Algumas vezes aconteceu.” (MA64)

“Bom, escola nunca ninguém me reprimiu porque era o início do alcoolismo, até me ajudaram, né?” (MA72)

Dentre todos os respondentes da pesquisa, somente alguns disseram estar em ambientes religiosos sob o efeito do álcool.

“Já. Escola não, mas igreja eu frequentei bêbado.” (MA69)

“Na igreja, não deixaram eu entrar na igreja, porque eu cheguei alcoolizado.” (MA45)

Até o momento da entrevista, metade da amostra estava trabalhando registrada ou autônoma, mais da quarta parte estavam aposentada e somente alguns estavam desempregados.

A maior parte da amostra disse não contar sobre o alcoolista em nenhuma situação, apenas quando solicitado para ajudar outro alcoolista, sendo o único motivo apontado o medo de sofrer preconceito:

“Não, porque prejudica. Porque pode trazer prejuízo. Preconceito na maneira de ver você. Não abro... Poderia não ser bem visto. Não ter credibilidade.” (MA64)

“Não. Só em locais onde se fala disso, porque eu acho que não deve. É um estigma, né? A gente tem uma marca que tem pessoas que não entendem.” (MA72)

“De jeito nenhum. Imagina, eu vou ser estigmatizada. Eu seria estigmatizada com certeza. E eu não sei porque eu tenho que me expor? As pessoas são pedófilas, cleptomaníacos e se dizem ex-pedófilos e cleptomaníacos? Sempre foi em segredo, por que eu vou se expor? Eu não acho que eu tenho que me expor não. Porque, claro, se fosse uma coisa aceita socialmente... Ainda mais mulher, todo mundo falaria, né?” (FA57)

Mais da quarta parte disse não haver problema algum em dizer sobre o seu alcoolismo no passado, sendo o único motivo quebrar preconceitos:

“Sempre que eu tenho oportunidade, se cair no assunto eu falo, porque todo mundo deveria falar sobre todas as dependências, sobre todas as compulsões, porque mostra pras pessoas que não somos vagabundos e também você ajuda outras pessoas” (MA69)

Quando perguntado aos componentes da amostra como as pessoas reagem ao saber sobre seu alcoolismo, todos os respondentes disseram ter sofrido preconceito em algum momento por essas pessoas. Porém, após a recuperação, essas mesmas pessoas passaram a respeitá-los.

“Bom, eu não uso mais, né? E aqueles que me apontaram o dedo no alcoolismo, hoje pede até aconselhamento para mim. Perguntam para mim como é que foi que eu consegui, aí eu converso.” (MA72)

“Não! Hoje não! Já me trataram em épocas passadas, né? Quando eu fazia o uso. Hoje não! Hoje eu estou abstinido do álcool, não sofro mais nenhum tipo de preconceito.” (MA59)

Foi perguntado aos entrevistados se haveria alguma reação, pensamento (reflexão) ou sentimento de suas partes, ao visualizar pessoas usando crack ou maconha ou abusando de álcool. Sobre as pessoas usando crack, a maioria dos entrevistados respondeu sentir medo/receio de pessoas que fazem uso dessa substância.

“Crack? Passo mais longe ainda. É medo, receio de agressão.” (FA57)

“Ih. É medo da reação dele, que não é igual ao álcool. O bêbado ele conversa, dá risada, é sociável, a pessoa que tem a tendência, a compulsão pelo álcool é sociável. Você conversa tranquilamente com uma pessoa bêbada, tranquilo. Você já deve ter conversado com muito bêbado, agora com drogado não, você não sabe a reação da pessoa.” (MA69)

“Porque a pessoa, quando ela tá nesse mundo, você não sabe se ela tá... qual vai ser a reação dela se você falar um “oi”, porque a maioria, a reação dessas pessoas é, assim, muito agressiva, pior do que a do álcool.” (MA45)

Mais da quarta parte disse sentir compaixão ao ver pessoas usando essa droga, e somente alguns disseram ser “comum” presenciar essa situação.

“O sentimento é de compaixão. Agora a ajuda só vai vir em um momento em que ele está propenso a se ajudar, infelizmente.” (MA64)

“É triste a gente dizer isso, né? Mas eu fico com pena daquela pessoa, porque se eu pudesse chegar e falar: “Ô não faz isso, porque eu fiz e é assim, assim...”” (MA47)

Referente ao fato de ver (se deparar com) pessoas usando maconha, a maioria dos entrevistados também relatou sentir medo ou receio desses usuários.

“Eu fujo. Eu tenho medo de drogado, pode ser a droga que for, menos o álcool.” (MA69)

“Maconha, pra falar a verdade, eu nem passo perto. Não sei qual vai ser a reação dele.” (FA57)

Somente alguns responderam sentimento de raiva, por considerarem esses usuários infratores, compaixão pelos mesmos ou “naturalizar” a situação, por ocorrer de forma frequente.

“Ah eu passo direto. Passa pena, e passa assim uma coisa que não tem controle de governo nada e aquela coisa tá meio liberada assim, sabe?”

“Maconha, eu acho que não importa o time, a doença é igual. Querer separar times... as características são diferentes de cada comportamento, mas a doença e o sofrimento é idêntico.”

Referente aos entrevistados presenciarem pessoas abusando de álcool, metade disse não ter reação ou mesmo algum sentimento ou reflexão sobre essa situação. Por ocorrer com frequência, os respondentes relataram estar acostumados a ver pessoas alcoolizadas.

“Eu passo reto, para mim é comum ver eles bebendo. Eu passo reto. De maconha e crack também. É porque é muito comum, em todos os lugares tem, sabe?”
(MA59)

“Eu vejo muito. Eu ando na rua, assim, hoje é muito comum, né? Mas assim, eu tento não estar perto.” (MA37)

Menos da quarta parte relatou ter compaixão com esses usuários ou evitá-los para não estimular a vontade do entrevistado de usar álcool.

“Normalmente eu sinto pena, tristeza, né?” (MA73)

“O meu sentimento de início é virar o rosto, pra não estar vendo a bebida alcoólica ou sentindo o odor dela, por mim mesmo.” (MA37)

Somente alguns entrevistados relatou ter vontade de ajudar ou já o fez alguma vez, aconselhando e/ou conversando com a pessoa nessa situação.

“A minha vontade era de querer ajudar aquela pessoa, mas eu não gostaria de ser incomodado por um ex-alcoólatra.” (MA37)

Dentre as três drogas estudadas, quase todos os respondentes acham que a população em geral (sociedade) tolera mais os abusadores de álcool, em seguida usuários de maconha e, por último, usuários de crack.

“Eu acho que tem mais tolerância com álcool. É assim, eu diria que oitenta por cento tem mais tolerância com álcool e vinte só com droga, são adictos puros, vamos dizer. Mas a maconha mais que o crack.” (MA64)

“O álcool, porque ele é legal. Não legal assim, de dar barato, ele é legalizado. A maconha em segundo, porque a maconha não deixa o cara agressivo. A maconha deixa o cara também sociável entre aspas, ela é mais sei lá. Agora o crack não. Não existe sociabilidade com o crack. A gente tolera quem usa a maconha e tolera quem usa o álcool, mas quem usa o crack, nós não toleramos não, porque se torna muito agressivo. A agressividade que atrapalha quem usa o crack.” (MA69)

Somente alguns acham que usuários de maconha são mais tolerados pela população em geral que os alcoolistas.

“Porque o álcool, a pessoa é chata. Quer invadir, quer xingar todo mundo, não sabe o que fala. A pedra não, a pedra a pessoa fica... sabe? Todo mundo tem medo, mas ele tem medo de você, não vai te enfrentar, entendeu? E a maconha, a maconha deixa a pessoa dando risada, né? Meio palhaço.” (MA43)

Dentre as três drogas estudadas nessa pesquisa, todos os respondentes acham que a população em geral (sociedade) discrimina esses três usuários.

A maior parte dos entrevistados acham que usuários de crack são os mais discriminados pela população em geral. Os possíveis motivos apontados por eles foram: a droga ser considerada “pesada”, ou seja, trazer maiores riscos à saúde e à

segurança do próprio usuário e a todos que o cercam, o fato da droga ser ilegal e o preconceito, como alguns exemplos abaixo:

“Ah é o crack, né? Do crack é a maconha. Porque já é uma droga que não é considerada lícita, né? E o crack, porque é o estrago que faz. E depois vem o álcool. O álcool todo mundo bebe à vontade hoje, mais do que antigamente. Está mais liberal. Ninguém quer saber de gente usando crack em casa, em bar nenhum.” (MA72)

“O crack. Depois a maconha e o álcool. Porque é uma doença. Ele é muito forte. É uma compulsão muito grande que a pessoa sente. Ela rouba, ela trafica, ela se prostitui, então assusta as pessoas. A maconha não. A maconha, a pessoa trabalha normalmente, compra, faz um baseadinho dela... Ela fuma e consegue trabalhar, consegue ter uma relação com as pessoas. A bebida alcoólica também, ela alcoolizada ela consegue trabalhar, só que por um determinado tempo. Leva anos pra ela perder o controle da vida dela. O crack não. Ela perde o domínio da vida dela muito rápido, então assusta mais as pessoas” (MA59)

Os abusadores de álcool são grupos menos discriminados pela população em geral, na opinião da maior parte dos entrevistados, sendo os motivos apontados por eles o fato do álcool ser uma droga lícita e este grupo de usuários não oferecer perigo aos que o cercam.

“O álcool em toda a esquina que você vê, em todo lugar que você vai tem álcool. Na televisão tem a propaganda do álcool, tudo! Você pode andar na cidade inteira que em qualquer lugar que você vá... você se locomove pela cidade, você vai ver que tem álcool. Tá a bebida estampada.” (MA45)

“As pessoas têm mais medo, porque o crack é uma droga absurda... Nossa, porque eu bebi muito, mas eu nunca roubei. Eu também sempre fazia alguma coisa pra ganhar um dinheiro.” (FA65)

“O crack, maconha e o álcool. O álcool vamos dizer que é um instrumento de socialização, vamos dizer assim, né? É legalizado, você tem uma campanha massiva publicitária, mostrando que é algo bom entre aspas, né?” (MA37)

5.2.9 Sobre busca de informação a respeito do tema

Quase todos os entrevistados disseram ter mudado de opinião em relação ao uso de álcool e outras drogas. Essa mudança ocorreu através da própria experiência como dependente de álcool e através de busca de informações a respeito do tema.

“Eu tive uma época que eu não tinha essa visão de usuário de crack, usuário de bebida alcoólica... Hoje eu tenho um certo receio, eu não sei se tô ficando tiozão, não sei qual é que é, mas assim, eu tento não manter uma ideia fixa, porque você tem que estar aberto ao novo, e um dos motivos de eu estar dando essa entrevista aqui é isso. Eu rompi muitas barreiras comigo mesmo, né? Que é estar falando com você, né?” (MA37)

Porém, essas mudanças ocorreram a partir da vivência do entrevistado perante seu abuso de álcool, durante e após recuperação.

“Eu tinha outra opinião, eu achava que uma pessoa podia parar a hora que quisesse, e que às vezes era assim, até falta de vontade parar, estava lá porque queria. Não é não.” (MA72)

A maior parte dos entrevistados disse buscar informações a respeito do tema “uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas”. Somente alguns disseram não buscar esse tipo de informações, sendo os únicos motivos apontados por eles, obter esse conhecimento através do trabalho com a população usuária de drogas psicotrópicas ou o fato de não querer mais contato nem com o assunto “drogas”, como segue exemplo abaixo:

“Não busco. Ah, porque nem de droga eu quero saber mais, meu! Nem informação eu quero.” (MA43)

“Ah, hoje em dia não, por causa do dia a dia que eu tenho com todo mundo. Nem preciso ler.” (MA69)

Dentre aqueles que se interessaram pelo assunto, a maior parte respondeu buscar informações dentro de reuniões de grupos de mútua ajuda e mais da quarta parte buscou conhecimento em livros, jornais ou revistas. Somente alguns disseram se informar através de internet, profissionais de saúde e televisão.

“Sim. Hoje eu não vou dizer para você que eu trabalho com isso, mas eu dou muita ajuda com relação a isso. Dentro da irmandade, com profissionais amigos da irmandade, médicos, psiquiatras, donos de clínicas, que são amigos, acho que é basicamente isso. Internet, jornal, literatura. Eu tenho muita literatura de dependência química que eu leio, principalmente voltada à terapia dos doze passos, né?” (MA64)

Do total da amostra, quase todos disseram conversar com amigos sobre álcool e/ou outras drogas. Somente alguns disseram não falar sobre esse assunto, por não terem amigos inseridos nesse contexto e o assunto não ser interessante.

“Não. Olha! Eu não tenho amigos inseridos nesse contexto. A gente tem coisa muito mais alegre e interessante para conversar e são pessoas preocupadas com o meio ambiente, questões sociais, mas com outros enfoques. Moradia, educação, sabe?” (FA57)

Porém, dentre os entrevistados que conversam com amigos sobre esse tema, a maioria acha necessário tal diálogo para transmitir informações e trocar experiências.

“Direto, porque faz a gente passar a confiança um para o outro. Porque no nosso trabalho mesmo que a gente faz, a gente não lida só com o álcool, lida com outros vários tipos de drogas também. E como eu também passei por uma internação

e, na clínica que eu estava, não tinha só pessoas com problema do alcoolismo. Lá tinha pessoas com problema com jogo, pessoas com problema com droga, e com outros tipos de vícios. Então a gente se ajuda” (MA45)

Entretanto, mais da quarta parte disse conversar apenas com amigos inseridos no contexto de uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas, conforme exemplos abaixo:

“Só com amigos que usam. Ah, porque tem preconceito, a pessoa não entende. Se ela não usou, ela não entende. É uma coisa muito restrita, né? Até entre os alcoólatras aqui eu evito nos meus testemunhos falar sobre drogas.” (MA37)

Somente alguns disseram conversar com amigos apenas sobre o álcool.

“Não, sobre droga não. Álcool sim, converso com todo mundo. Droga não, porque para mim é ponto fechado. Não que eu seja tão radical, é que droga, a pessoa tem que pôr na cabeça. Crack, maconha, tá certo que uma coisa leva a outra, a maioria das vezes começa pelo álcool, mas aquelas pessoas que começam pelo crack direto, são pessoas que estão querendo se suicidar. Eu converso sobre álcool, porque é uma maneira da gente trocar experiências.” (MA69)

A maioria dos respondentes disse conversar sobre o tema “uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas” com seus familiares, no intuito de informá-los a respeito do assunto ou por fazer parte da história de vida do entrevistado.

“Sempre converso, porque tem uma geração agora nova, né? E tem uma que vai fazer oito anos e tem três pequenas, né? Tem uma que tá com nove meses, a outra que tá com um ano e dois meses e a outra tá com dois anos. Então tá vindo uma nova geração e a gente tem que... A cada dia que passa, conversar, se informar pra saber como que está, né?” (MA45)

Apenas uma minoria disse ter algumas restrições ao conversar sobre esse tema com seus familiares, como falar apenas sobre o álcool e conversar somente com parentes que fazem ou já fizeram uso de alguma substância psicotrópica.

“De drogas não. A única coisa que eu converso assim, alerta, mas não dou espaço. Eu alerta, “toma cuidado...” Então na droga é assim, usou uma vez o crack, talvez você nunca mais saia dele. Agora, se o cara vai lá usar seja quem for, entendeu? Então acho que esse alerta muita gente vai passando e a pessoa, na minha opinião, só vai porque quer ir. Eu moro encostado em uma boca de fumo, encostado, eles me respeitam eu respeito eles, eu não me meto lá, eles não se metem comigo. Agora sobre o álcool? Converso com todos eles, pra evitar que aconteça aquilo que aconteceu comigo.” (MA69)

Menos da quarta parte disse não tocar no assunto com seus familiares, ou por achar o assunto desnecessário, ou porque os seus próprios parentes não permitem esse debate.

“Não. Só quando surge alguma pergunta. Não quero ficar lembrando disso. Quando surge o tema sobre o álcool, começa qualquer discussão. Então só se: “O vizinho está com o filho, lembra aquele menino, não sei o que? O que vocês fariam para ele?” Eu já falo onde ele poderia fazer o tratamento, onde se internar, mas não levo a conversa muito para frente.” (MA72)

Quase todos os entrevistados disseram ter algo para acrescentar, a respeito do que foi discutido até aqui nessa pesquisa. Dentre eles, metade relatou sofrer situações de preconceitos e estigmas.

“Olha! Hoje a questão do preconceito que eu sofri, a marginalização que eu sofri está totalmente superado. Mas hoje eu tenho assim, uma grande gratidão de repente por toda dor que eu passei, porque hoje é a coisa que eu tenho de mais rico dentro de mim, é a dor que eu passei, sabe? É o maior tesouro que eu tenho. Porque hoje eu posso ajudar o outro que está sofrendo com isso, por isso a minha humilhação e a minha dor viraram meu maior ouro”. (MA64)

A outra metade acrescentou diversos fatores como importantes, a partir do seu ponto de vista a respeito do tema em discussão, como: necessidade de prevenção ao uso de álcool, prejuízos sociais provocados pelo uso de drogas ilícitas, uso de álcool e outras drogas entre mulheres, formas de tratamento e a necessidade de apoio da sociedade em si, conforme exemplos abaixo:

“Os alcoolistas sofrem muito, porque a mesma sociedade que reforça o uso de álcool, ela não percebe, mas ela condena. Ela persegue, ela é cruel com um usuário de álcool e de qualquer substância. A crueldade vai desde o abandono até o maltratar fisicamente. Aí vai o abandono, as críticas, a discriminação, o isolamento, os espancamentos e tudo mais.” (MA56)

5.3 Maconha

5.3.1 Histórico de uso de drogas

Quase todos os componentes da amostra responderam ter utilizado drogas alucinógenas (êxtase, MDMA e chá de cogumelo), por pelo menos uma vez na vida.

A maioria (9) relatou ter utilizado álcool, tabaco e cocaína, e aproximadamente um terço já teve contato com solventes. Estimulantes (anfetaminas e cafeína), açúcar e medicação controlada foram citados apenas por alguns entrevistados.

5.3.2 Como utilizavam a maconha

Em relação ao tempo de uso crônico da maconha, os entrevistados revelaram tempos longos de consumo da droga. Esse tempo variou entre 1 e 27 anos. Mais de um terço da amostra utilizou por 1 a 5 anos e 16 a 20 anos, e mais da quarta parte declararam ter feito uso de maconha por 6 a 10 anos e 11 a 15 anos. Somente alguns respondentes fizeram uso dessa substância por 27 anos.

Quando questionados a respeito da frequência de uso de maconha, todos relataram ter começado em pequenas doses e poucas vezes por semana, quando

comparado à frequência de uso nos últimos anos que antecederam a entrevista. Esta frequência de uso variou de 5 a 7 dias por semana, com o consumo de 1 a 5 cigarros de maconha por dia.

5.3.3 Prejuízos/benefícios com o uso da maconha

5.3.3.1 Benefícios

Todos os entrevistados relataram obter benefícios e prejuízos quanto ao uso abusivo de maconha. Relaxar, estimular a criatividade, refletir e organizar pensamentos foram citados pela maioria dos entrevistados como benefícios alcançados através do uso de maconha.

“Eu acho que eu tenho necessidade dessa fuga, onde eu repenso todas as minhas coisas do dia. Eu acho que isso me torna uma pessoa mais bem resolvida em algumas coisas, estimula a minha criatividade...” (FM38)

“O que eu mais sinto, assim, é alívio de estresse e conseguir desligar do mundo. Eu consigo realmente relaxar por alguns momentos, em questão da pilha de faculdade, trabalho, um monte de coisas pra fazer...” (MM25)

Metade da amostra a classificou como droga sociável, ou seja, através do uso compartilhado da maconha, proporciona-se ambientes favoráveis para se criar vínculos e estreitar relações entre pessoas que fazem uso dessa mesma substância.

“A maconha me provoca relaxamento, um certo convívio social, histórias, né? Falar, ouvir histórias, cria um vínculo, me alegra, me inclui numa festa, por exemplo. Com a maconha você cria vínculos, socializa. Me relaxa, me alegra.” (MM43)

Não demonstrar física e nem psiquicamente quando está sob o efeito da droga também foi citado por essa mesma parcela, de forma que facilita o convívio com aqueles que discordam do uso de substâncias psicotrópicas.

Menos da quarta parte também citou melhora na autoestima, qualidade do sono, depressão e o fato de desenvolver a espiritualidade através desse uso.

“Eu acho que foram prejuízos e benefícios. Me trouxe muitos questionamentos que foram importantes pro meu desenvolvimento como ser humano. Então, foi através dela que eu comecei a pensar muito diferente, deixei de ser menos radical nos pensamentos e muita coisa. Me encaminhou, ao longo dos anos, a conhecer pessoas e ir por esse caminho espiritual, né? Na busca de consciência.” (MM30)

5.3.3.2 Prejuízos

Entretanto, a desmotivação, o prejuízo no raciocínio lógico, a falta de foco e de determinação para tomadas de decisões foram citados como prejuízos obtidos através do uso de maconha, pela maioria dos entrevistados.

“Ah, é a preguiça, né? A preguiça e motivação. Então o que eu fui percebendo ao longo dos anos, é que ela traz muito mais questionamento do que deveria. Então, chega uma época que a gente tem que se perguntar pouco, ter o nosso senso, mas fazer, né? E ela não. Ela sempre traz um porquê. Então, assim, você toma uma decisão, aí você fuma, você já repensa a decisão, né? Você age, você já repensa sua ação.” (MM30)

Metade dos respondentes também afirmou restringir ambientes onde não possam fazer uso e/ou falar sobre o assunto e manter vínculos apenas com pessoas que fazem uso e/ou aceitam o uso de maconha.

“Eu não consigo fazer vínculo com pessoas que não usam. Eu tenho conhecidos que não usam, né? Eu não consigo ter relações sociais com eles. Eu só ando com gente que fuma ou que bebe, não tem jeito. E isso eu acho que às vezes me limita. Limita de eu conhecer gente, limita de eu me aproximar, por exemplo...” (FM38)

Mais da quarta parte relatou sentir medo dos riscos envolvidos ao buscar a droga nos pontos de venda, ou ter sofrido repressão policial e preconceito em relação ao uso de maconha.

“Sociais sim, já. Tem gente que se afasta, não curte, não quer ficar do lado.”
(MM43)

“Ah mano, eu compro na biqueira, né? Fala a verdade, eu não posso ser conivente com isso, certo? Tá manchado de sangue, certo? Muita gente briga por causa disso. E o risco que eu corro? Sofro preconceito pra caramba também.” (MM33)

O gasto financeiro com a droga, tardar para se perceber dependente e os danos causados pela falta de uso da mesma como irritabilidade e insônia foram prejuízos citados pela minoria.

“Eu fico muito irritado na primeira semana, não chega a dez dias. De cinco a sete dias, mas é uma irritabilidade alta, e eu já sei que é por causa disso, então eu me controlo. Depois disso é tranquilo.” (MM43)

Porém, apesar desses prejuízos, quase todos os entrevistados disseram obter mais benefícios quanto ao uso de maconha, sendo relatado por metade da amostra a falta de vontade em parar de usar tal substância.

“Prejuízos que eu ainda considero menor que os benefícios, senão eu não continuava fazendo. Prejuízo existe assim, eu sempre fui desligada e a maconha, logicamente, ajuda eu ficar mais nessa falta de foco, mas mesmo assim, muito mais benefícios. O efeito de relaxamento, o efeito muito social também com amigos...”
(MM23)

“Então nunca pensei em parar, mas quando passo por uma fase muito importante eu consigo dar um tempo.” (MM25)

5.3.4 Cessar o uso

Como os entrevistados do Grupo Maconha eram usuários dessa substância até o momento da entrevista, a pergunta “Há quanto tempo está sem usar essa droga?”, realizada para os Grupos Álcool e Crack a respeito do tempo em que estavam abstinentes, foi modificada para “Você já interrompeu ou sequer pensou em interromper o uso de maconha? Se sim, por quanto tempo?”

Mais de um terço da amostra respondeu já ter interrompido o uso de maconha, e a maior parte dos entrevistados apontaram curiosidade em frequentar ambientes e conviver com pessoas sem estar sob o efeito da maconha. Somente alguns disseram interromper este uso por um determinado período, por provocar pensamentos negativos, conhecida como “*bad trip*”. Desde que iniciaram o uso até o momento da entrevista, essa mesma parcela disse ter feito apenas 1 ou 2 vezes essas interrupções num período de 1 a 10 meses.

“Noventa, cem dias, mas foi há muito tempo. No começo tive dificuldade, assim, vamos dizer nos primeiros vinte dias. Ah! Sentir o cheiro, né? Dar aquela respirada, né? Eu desviava o pensamento, né? Buscava fazer um esporte, correr. Dava vontade, eu fumava um cigarrinho, dava um trago num cigarro.” (MM34)

Aproximadamente um terço dos respondentes disse não ter interrompido, mas já pensaram em reduzir o consumo.

“Não. Mas talvez mais reduzir do que parar, assim, completamente. Ah, eu acho que eu preciso pensar só um jeito de equilibrar melhor a minha vontade de fumar e conciliar com as coisas que eu tenho que fazer.” (FM23)

E menos da quarta parte disse realizar interrupções em períodos curtos de 4 a 20 dias, apenas quando há alguma atividade ou evento importante que exija atenção e e raciocínio lógico.

“Não. Sinceramente não penso. Assim, o que acontece comigo é que, quando eu tô em época de prova eu deixo de lado propositalmente, porque fica muito corrido. Eu tenho que estudar, virar noite e eu não tenho tempo pra relaxar, de tirar esse tempo de não pensar em nada. Você não tem um horário pra fazer isso, então chego a ficar vinte dias sem nem pegar na maconha, porque eu fico realmente focado.” (MM25)

Apesar das dificuldades em interromper o uso ter sido relatado pela minoria da amostra, estes apontaram insônia, irritabilidade e vontade de usar como um desses fatores complicadores; porém, apenas no início do período em que estavam abstêmios.

“A última vez que eu parei, eu fiz questão de ficar vinte e um dias sem fumar, Dessa vez foi de boa, mas na maioria das vezes é muito estressante. Fico muito irritado, demoro muito pra dormir...” (MM43)

Entretanto, quase todos os entrevistados disseram não desejar cessar o uso da maconha até o momento da entrevista.

“Então, nunca pensei em parar, mas quando passo por uma fase muito importante eu consigo dar um tempo.” (MM25)

“Quero evitar a fumaça, talvez vaporizar, mas nunca pensei em parar com a maconha e sim com a fumaça. Mas parar? Ah não né, porque é uma natureza né, é um alimento, né?” (MM33)

5.3.5 Percepção dos entrevistados do grupo maconha, em relação aos prejuízos causados por álcool e crack

Apesar de nenhum entrevistado ter feito uso de crack, e aproximadamente um terço da amostra não ter usado álcool, estes também relacionaram alguns prejuízos e benefícios quanto ao uso dessas substâncias.

Quando perguntados se alguma das 3 substâncias pesquisadas (álcool, maconha e crack) traz prejuízos e benefícios físicos, psíquicos e/ou sociais, a maior parte dos voluntários da pesquisa opinou a respeito do uso de crack, caracterizando-o como a droga mais danosa à vida daqueles que a utilizam, sem relacionar qualquer benefício a essa substância. Uma minoria não quis opinar a respeito desse uso.

“Ah, o crack é triste, né? É o pior. O crack, não sei nem o que dizer, o que eu vi, assim, né? O crack, eu acho que não tem nada de nada de bom, e tudo, tudo de ruim, né? Porque você vê casos, às vezes, assim, independente da classe social, em pouco tempo, o cara fica mesmo destruído, né? Detona o físico, né? O cara não come, o cara fica mesmo com um físico e o psíquico... Enfim...” (MM30)

“Eu desconheço o crack, mas os efeitos sobre ele são muito ruins e muito visíveis, que a outra droga e o álcool não dá, pelo menos não tão fácil de ver assim. E aí é muito mais claro os efeitos negativos em relação aos positivos, o crack me parece que é uma droga que eu não me imagino comparando com maconha e álcool, em termos de peso.” (MM22)

Quando solicitado para enumerar qual delas traz mais prejuízos e quais são esses possíveis prejuízos, a maioria dos respondentes citou o crack em primeiro lugar, e mais da quarta parte acredita que álcool e crack ocupam a mesma posição, com prejuízos sociais, físicos ou psíquicos. Apenas uma minoria apontou o álcool como a droga que traz mais prejuízos aos que fazem uso dela.

“O crack não é a mesma rotina. Eu conheci gente que usa crack, mas eu acho que é o pior, né? Que não tem benefício. Eu acho que não tem benefício nenhum. Eu acho que umas das drogas piores mesmo. Tem uns amigos meus que usam e que não conseguem largar.” (FM38)

“Ah, a dependência mesmo, pensando em nível de população, o álcool em primeiro lugar, com certeza. O crack em segundo e a maconha biologicamente em terceiro. Socialmente eu colocaria, do pior pro melhor vai, eu colocaria o crack por causa dessa coisa da mídia. As pessoas não entendem que tem pessoas ocupando

altos cargos, que fazem uso de crack. As pessoas não entendem isso e é sempre atrelado à pobreza, crackolândia e tal. Então, por esse estigma social, eu colocaria o crack em primeiro, a maconha em segundo e o álcool, por ser legal, apesar de trazer muito prejuízo, em terceiro.” (FM34)

Quanto ao uso de crack, dentre aqueles que opinaram a respeito dessa substância, metade não soube especificar tais prejuízos, apenas considerou uma droga “pesada”, “destruidora”, capaz de gerar prejuízos graves na vida de quem a utiliza. Já a outra metade citou como danos provocados pelo uso, o surgimento rápido dos mesmos e desenvolvimento do quadro de dependência, além de danos físicos e o fato de estarem em situação de rua.

“O crack eu imagino... O pouco que eu li, eu tenho medo, entendeu? Eu imagino algo que realmente destrua a pessoa, porque eu nunca vi uma pessoa que... Ah esse é usuário de crack, mas é tranquilo, ele tá bem fisicamente, tem todos os dentes... Não. O cara entrou no crack e rapidamente pra ir lá pra rua, daquele jeito mesmo, sarjeta. É essa a visão que eu tenho.” (MM43)

“O crack todo mundo sabe que é uma droga que causa muita dependência, traz muito prejuízo físico, que é o que a maconha não traz.” (FM23)

Quanto ao álcool, o fato da droga ser legalizada, de fácil acesso e de baixo custo, estes foram considerados pela maioria dos entrevistados como fatores facilitadores de maiores prejuízos à vida de quem abusa dessa droga, inclusive maior probabilidade de desenvolver dependência. A carga de prejuízos provocados não só para o indivíduo, mas também para a sociedade, foram os mais citados, além da violência.

“Ah, o álcool eu acho que ele abusa já por ser uma droga lícita. A pessoa acaba abusando e isso acaba desencadeando vários problemas na relação pessoal, no trabalho, na sociedade.” (MM34)

“Já álcool, eu já vejo que é algo mais prejudicial que a maconha. Porque, por exemplo, gente que teve problema na família de alcoolismo, gente que não consegue trabalhar, briga em casa, bate em mulher, bate em filho, perde a vida, vai pra rua... Então, eu nunca vi uma pessoa assim, tipo o cara perdeu a vida, tá na sarjeta porque não consegue largar a maconha. Tá na maconha.” (MM43)

Porém, estar sob o efeito dessa substância também foi relacionado com alguns benefícios pela maioria dos entrevistados, como a falta de timidez, facilidade de se socializar e fuga dos problemas.

“Socialmente as pessoas se divertem, falam mais, têm mais coragem de falar as coisas. E isso traz benefícios, né? Às vezes, bêbado, as pessoas, as coisas acontecem, acontecem coisas legais também. Mas acho que fica mais nesse limite.” (MM30)

“Ah! O álcool é uma bebida que deixa a pessoa solta, alegre. Convenhamos, acho que por um lado, assim, tem a sua virtude, porém acho que traz muito mais problema.” (MM34)

Quando solicitado para enumerar qual delas traz mais benefícios, metade da amostra mencionou apenas o uso de maconha. Porém, a outra metade disse depender da relação estabelecida entre o uso de maconha ou de álcool com o indivíduo. Nenhum entrevistado relatou qualquer benefício relacionado ao uso de crack.

“Por exemplo, eu bebo também. Eu gosto de beber socialmente e eu acredito que não me faz tão mal, né? Mas pras pessoas que fazem, aí entra a questão do individuo. A pessoa faz um uso de forma incorreta, ele vai acabar causando mal pra si mesmo e pras outras pessoas ao redor. Então eu acho que eu ficaria com o crack, o pior entre eles, porque dizem que o crack é mais fácil de se viciar. E eu não acredito num uso recreativo de crack como tem com o álcool ou a maconha.” (MM23)

5.3.6 Busca de tratamento

Quanto à busca por psicólogos, psiquiatras, atendimento médico e/ou internação a respeito do uso de maconha, nenhum componente da amostra procurou esse tipo de serviço e/ou profissionais com esse objetivo. Entretanto, este assunto foi abordado em terapias com profissionais da área da saúde por menos da quarta parte da amostra.

“Eu já frequentei psiquiatra por causa da minha depressão e esse assunto obviamente foi bastante discutido se fazia bem ou mal... E foi inconclusivo.” (MM38)

“Não procurei por causa da maconha, mas tratei o caso da maconha depois que havia procurado. Comecei tratar minha vida e aí a maconha faz parte da minha vida. Ela é um item importante, então acabei entrando muito em questões da maconha na minha terapia.” (MM43)

Quando perguntados sobre obter um tratamento diferenciado por serem usuários de drogas nesses locais e/ou com os profissionais da saúde, todos aqueles que buscaram atendimento responderam não ter problemas ao abordar o assunto durante as terapias. Entretanto, esses profissionais aconselharam sobre possíveis danos relacionados ao uso de maconha à saúde do paciente.

“A única resposta foi assim: “Porque eu não sei. Eu não sei o que que tem dentro dessa maconha e não é controlada, e dentro do remédio eu sei”, foi a resposta dela. Em relação à segunda terapeuta, ela falou: “Se depender de mim, eu prefiro que você pare e que você tome um ansiolítico.” Porque é a causa da questão do controlado agora, né?” (MM43)

“Eu relato e ele sempre deixou claro da motivação e da memória de curto prazo. São duas coisas que, realmente, eu vi com os anos que foi afetando drasticamente. Na verdade, eu acreditava, mas sempre quis fazer uso. Sobrepôs a vontade.” (MM30)

5.3.7 Relação familiar

Sobre a relação do conjunto familiar e a dependência de maconha dos entrevistados, foram levantados alguns pontos relevantes, como ter conhecimento a respeito do uso e quais atitudes tomadas por familiares a partir dessa informação.

A maior parte (12) dos componentes da amostra disse que seus familiares (pais/tutores) se inteiraram sobre seu uso de maconha; porém, dentre eles, a maioria finge desconhecer tal uso e, portanto, não dialoga sobre o assunto com o usuário.

“Eu contei e foi. Ele não fez nada, não falou nada, só ouviu. Nunca rodei em casa, nunca rodei fora, nunca deixei de fazer nada. Sempre foi numa boa a relação quanto a isso. Ele nunca procurou conversar, também nunca falei com quem, quanto, onde, porque que eu fumava. Meu pai é militar, tem esse lado aí.” (MM43)

“Meus pais, então eles já interrompem. Eles já colocam essa barreira. O meu pai, eu acho que já diria que... qualquer momento que eu falhasse em alguma coisa, ele ia acusar: “Tá fumando maconha””. (FM34)

Dentre aqueles familiares que admitiram ter conhecimento a respeito desse uso representou mais da quarta da amostra, sendo que metade deles acredita ter errado em algum momento na criação dos filhos, ou seja, se culpam pelo entrevistado usar maconha.

“... eu deixei o meu kit em cima da mesa do meu quarto, ela estava limpando e achou. Ela foi e falou com o meu irmão mais novo também e ele falou a mesma coisa. E ela veio falar comigo já, mas tipo ela foi falar com meus dois irmãos antes. Ela entrou em desespero, ela perguntou o que era, e não sei o que, falou onde que ela tinha errado na minha criação, foi um certo choro... Chorou.” (MM23)

“Sim. Quando eu era adolescente minha mãe já me pegou, foi a maior choradeira. Pegou a maconha, mas foi superado. A gente não fala sobre isso mais. Ela finge que não acontece.” (MM38)

Já a outra metade dos familiares busca informações a respeito, incluindo passar pela experiência de uso com essa substância.

“...a minha mãe, ela também fuma, ela é usuária há muitos anos. Minha mãe tem por volta de sessenta anos e ela sofreu muito, porque ela mesmo se auto julga.” (MM23)

Do total da amostra, uma minoria declarou desconhecimento por parte dos seus familiares a respeito do seu uso de maconha.

“Não. Eles não sabem. Assim, os meus pais, eu não tenho nem intenção de contar. A minha mãe eu dialogo muito com ela sobre a legalização ou não, mas eu nunca admiti que eu uso, mas ela tem uma cabeça muito mais aberta, mas o meu pai não.” (MM25)

Entretanto, mais de um terço dos respondentes disse que estes familiares tiveram atitudes negativas perante tal informação, por não aceitarem e nem concordarem com o uso de maconha.

“Acho que é negativa, porque eles podiam ter me questionado mais. Não só eles, né? Eu podia também ter falado e abrir o jogo, porque eu sempre chego a conversar com eles sobre maconha, tentar dar uma abordagem mais positiva para eles conhecerem sobre o assunto também, mas eles não conversam. Eu acho que eles têm medo da resposta. Eu acredito que eles são contra, entendeu?” (FM23)

“Foi negativa. Ela poderia ter tido outra reação. Ah, porque ela tem um tabu muito grande com isso.” (MM23)

Aproximadamente um terço da amostra também relatou atitudes positivas por seus familiares, perante a dependência do usuário. O fato de familiares fingirem desconhecer sobre o uso foi a atitude mais citada por eles, evitando brigas e perda de vínculos familiares. Porém, a aceitação e compreensão por parte desses parentes também foram citadas como atitudes positivas para os componentes da amostra.

“Eles já me questionaram, eles falaram: “Será que a gente fez... Será que a gente agiu certo?”. Eu acho que, talvez, se eles tivessem sido muito duros, eu talvez teria me rebelado, saído de casa de um modo... porque eu saí pra trabalhar, mas sempre em paz. Hoje eles se questionam um pouco disso ainda, mas eles sabem que o livre-arbítrio existe, sabe?” (MM30)

Menos da quarta parte dos entrevistados disse que tais atitudes eram indiferentes, no seu ponto de vista.

“É indiferente pra te falar a verdade. Não me incomoda.” (MM25)

“Nem positiva e nem negativa. Indiferente.” (FM34)

Quando perguntado aos componentes da amostra se eles imaginavam porque seus familiares tiveram tais atitudes, todos os entrevistados apontaram a desinformação a respeito do uso e logo geração de preconceito a respeito do tema, por seus familiares.

“Porque eu acho que eles não têm repertório nenhum para falar sobre isso, sabe? E de cara eu já me posicionei com clareza. Lidei com todos os assuntos. Eu sou assim, eu falo. Me posiciono muito bem, com clareza e eles não sabiam muito bem ali como fazer. Nossa, minha mãe e meu pai são muito caretaços.” (MM43)

“É outro tipo de educação, né? Isso é uma coisa normal, né? Do mesmo jeito que eu uso maconha, pra mim vai ser normal, pro meu filho é mais do que normal. Qual vai ser a droga outra droga normal certo.” (MM33)

Porém, a maioria dos usuários não concorda com tais atitudes de seus familiares, declarando agir de forma diferente, caso houvesse alguém na família usuário de maconha.

“Não. Eu preferia que ela tivesse me confrontado depois. A gente ia sentar e conversar, e ver no que dá, entendeu? Ter perguntado, insistido e chamado para a gente ter uma conversa. É o que eu faria.” (FM23)

“Não, porque eu acho que eu seria mais transparente com ele. Em termos de querer saber, não pra julgar ou pra proibir. Então, acho que assim, acho que a informação nunca é demais. Agora, você proibir, eu acho que não funciona no fim das contas.” (MM25)

O diálogo e a busca de informações a respeito do uso foram as atitudes possíveis, mencionadas por todos os entrevistados como mais adequadas.

“Eu acho que só ia fazer do tipo, vamos conversar sobre até aonde você está fumando, sabe?! Do tipo, você sabe o limite que você não pode fumar maconha e você não pode ser um sem responsabilidade por aquilo que você está fazendo?” (FM29)

“Acho inclusive que, por dentro, ela não quer ser neutra, mas ela tá se esforçando. Eu não agiria da mesma forma. Eu conversaria. Minha mãe já não toca no assunto. Eu, ao menos, teria um diálogo, talvez chamaria pra fumar comigo também.” (MM22)

Apesar de não concordar com a atitude de seus familiares, aproximadamente um terço dos componentes da amostra não opinou a respeito dessas atitudes.

“Não achei errado, mas não achei certo. Eu faria? Pô, eu ia trocar maior ideia, eu ia entender, ia querer conviver com esse Daniel aí também, saber o que ele usa.” (MM43)

“Seria correto em qualquer família por causa da falta de conhecimento. Correto? Já a palavra correto, eu acredito que não caberia, mas a família teria uma reação de vê-lo de acordo com o conhecimento dela, tá ligado?” (MM33)

Metade dos respondentes disse não ter prejudicado alguém devido ao seu uso de maconha, porém mais da quarta parte acredita, como dependentes de maconha, trazer prejuízos a terceiros, como decepcionar seus familiares e contribuir com o tráfico de drogas.

“Meus familiares eu prejudico, porque, pela tristeza que eles veem às vezes, em eu estar fumando muita maconha e deixando outras correrias de lado.” (MM30)

“Eu já prejudiquei muita gente, porque eu faço parte dessa guerra do tráfico. Então eu prejudiquei muita gente, porque eu compro maconha constantemente. Eu, por ter uma condição bem legal, não vou entrar na boca, não vou me arriscar, eu compro com um cara amigo. Ele vende pra meia dúzia, mas isso tem um preço, eu posso pagar esse preço.” (MM43)

Porém, a maioria disse não ter beneficiado a terceiro por serem usuários, apenas benefícios próprios.

“Ah, beneficiar foi esse caminho espiritual, que foi aí que eu conheci tudo, sabe? E houve ayahuasca... Esse caminho espiritual, yoga, ayahuasca, outras linhas, assim, muitas coisas que eu estudei ao longo dos anos, que foi com gente maconheira, sabe? Conheci as pessoas através da maconha.”

“Beneficiar? A não ser o meu estado de meditação antes do almoço, mas aí eu tô me beneficiando, entendeu?” (MM33)

Menos da quarta parte citou contribuir com o lucro de traficantes, e somente alguns mencionaram o compartilhamento de maconha como tais benefícios.

“Por fumar maconha? Talvez o traficante que vende, né?” (MM23)

“Eu beneficieei o pessoal da boca.” (MM38)

5.3.8 Trabalho, estudos e outras metas

A maioria (9) dos entrevistados declarou ter iniciado o uso de maconha antes de entrar no mercado de trabalho, isto porque o início do uso surgiu antes dos 16 anos de idade. E mais da quarta parte já trabalhava quando começou a usar maconha.

“Se eu trabalhava antes do uso da maconha? Não. Comecei a fumar maconha antes de trabalhar. Com uns quatorze, quinze.” (MM34)

“Não, eu tinha quinze anos quando eu comecei. Às vezes eu trabalhava ajudando, né? Mas eu não tinha carteira assinada ainda.” (MM38)

A maioria também se declarou empregada com registro em carteira de trabalho até o momento da entrevista. Somente menos da quarta parte se encontrava desempregada.

“Não, eu era estudante ainda. É, eu não tinha idade e eu fazia um curso integral, eu não precisava trabalhar. Terminei a faculdade, entrei no mestrado, terminei mestrado, terminei o doutorado. Eu entrei no mercado de trabalho terminando o doutorado, entrei na docência, fiquei um tempo desempregada, mas totalmente descolado do fato do uso da droga. Atualmente estou trabalhando todos os dias, estou com uma carga horária de vinte e quatro de aulas, faço coisas a distância, tô trabalhando.” (FM34)

“Trabalho. Eu sou estagiário de recursos humanos na Braskem e estudo no último semestre.” (MM22)

Enquanto usuários frequentes de maconha, a maior parte da amostra citou obter prejuízos e benefícios em ambientes de trabalho e estudos. Dentre eles, todos relataram ter mais prazer, tolerância e criatividade ao exercer as atividades propostas nesses ambientes.

“Na graduação foi o contrário, porque era uma roda de estudo e várias pessoas que eu morava fumavam e estudavam. Então a gente fumava, se divertia e estudava.”
(MM34)

“Beneficiado foi pra aguentar trabalho chato. Isso beneficia pra caramba. Quando eu não tava mais aguentando, eu fumava. Aquele dia que você acordava e não queria trabalhar, eu já acendia um baseadão, pingava um colírio e ficava tudo azul. Isso foi um benefício próprio.” (MM30)

Porém, a falta de concentração em determinadas atividades e o preconceito sofrido nesses ambientes foram os prejuízos mencionados pelos usuários.

“Eu tenho uma mochila que eu comprei em Amsterdam e o bolsinho dela tá escrito sativa e no puxador dela tá escrito hemp. Aí teve um colega meu esses dias, pegando o metrô, comentou da mochila comigo, “É sativa, né?”, e eu senti um tom de talvez, “Ah, você vai trabalhar aqui com essa mochila? Você vem pro trabalho com essa mochila e tal?” Eu senti uma certa repressão velada... Senti tão reprimida que comprei até uma bolsa. Olha que loucura gente!” (FM34)

“Eu fui demitido porque eu cometi erros de atenção, principalmente redigir um contrato. Eu lia três vezes o contrato e mandava o contrato com a data errada ou, sei lá, a mulher falou quatro vezes a cor que devia ser a planilha e eu fiz a planilha de outra cor... tipo, de atenção e desligado, e eu não era desligado antes, e me reconheciam pelo fato de eu ser muito atento, pah, antes de eu fumar maconha.”
(MM22)

Do total da amostra, menos da quarta parte disse não usar maconha nesses ambientes.

“Não, porque eu acho que eu deixo bem separado. É o que eu falei, eu nunca fumei antes de ir trabalhar. Por mais que eu não fume, as pessoas percebem o seu jeito e eu não sou uma pessoa que disfarça. Então, na escola nunca prejudicou, mas

todo mundo falava que eu era maconheira, porque eu só andava com maconheiro, mas de qualquer maneira tinha esse lado, eu sempre fui muito bem na escola.” (FM38)

“Eu vou trabalhar, eu não fumo, se eu vou estudar, eu não fumo, se eu vou pra aula, eu não fumo, se eu vou pra qualquer curso ou qualquer coisa que eu quero prestar atenção o tempo todo, eu não fumo, né?” (MM43)

Metade dos entrevistados disse ter sofrido repressão e/ou que foram retirados de ambientes públicos quando tentavam ou faziam uso de maconha.

“Teve uma vez no Trianon-Masp que, era um segurança do Trianon-Masp, e eu queira fumar na escadinha e o cara começou olhar feio nitidamente assim: “É, se você acender eu vou aí fazer uma pressão”. Mesmo assim, eu tirei o baseado, tirei o isqueiro e ele veio subindo a escada e parou, mas cada vez mais perto de mim, fazendo uma pressão psicológica mesmo, tipo: “Ó, por favor não fume por aqui.”” (FM34)

Porém, a outra metade disse nunca ter passado por qualquer situação parecida.

“Essa resposta é não, mas porque eu sempre tomei muito cuidado, porque se eu não tomar cuidado eu serei..., né? Nunca aconteceu comigo. Nunca fui impedido por isso, mas sempre tomo aquele p... cuidado, sempre. Escondo, entro escondido, fumo escondido mesmo com quarenta e três anos nas costas e senhor do que eu sei e do que eu quero, entendeu?.” (MM43)

“Não, nunca. Nunca sofri nenhum tipo de.... Não uso em lugares assim.” (MM23)

Ao contrário dos outros dois grupos, os entrevistados do Grupo Maconha não abandonaram estudos e trabalho por conta do uso dessa substância, porém a maioria disse já ter faltado com algumas responsabilidades e/ou compromissos por estar sob o efeito e/ou para fazer uso de maconha; entretanto, considerado por eles sem

impacto relevante nessas áreas. Aproximadamente um terço da amostra disse ter faltado em compromissos escolares, e menos da quarta parte em ambientes de trabalho.

“Não. Coisa importante, não. Já deixei de ir em aulas, assim, mas nada que fosse impactar no meu ponto de vista. Que nem, por exemplo, já faltei na faculdade, porque eu fiquei com preguiça de ir. Mas assim, nada que fosse impactar meu desempenho acadêmico.” (MM25)

“Eu, sendo professor, tem dia que eu trabalho só de manhã e tenho a tarde e a noite livre. Já me aconteceu, como eu falei, alguém sempre fala: “Bom, terminou sua aula? “Terminou!”, “Vamos fazer uma reunião pra estudar qualquer coisa?” Já me aconteceu de eu falar: “Não, eu tenho compromisso.” Eu não tinha outro compromisso, só não estava afim de fazer isso. Acho que eu tava muito afim de ir pra minha casa fumar um. Nunca faltei ao trabalho por causa disso, isso é certo. Não sou de chegar atrasado ao trabalho, mas entre fazer hora extra e ir pra minha casa chapar, acho que a escolha é bem clara, meu corpo até pede.” (MM38)

“Nada muito... Eu já cheguei atrasada, porque no dia anterior fumei muito.” (FM29)

Menos da quarta parte disse procrastinar objetivos como iniciar alguma atividade física.

“Ginástica, por exemplo, era uma coisa que eu queria ir à noite, aí à noite eu chego, fumo maconha e não vou mais, e aí eu deixo de fazer exercício que eu gostaria.” (FM38)

“Ah, eu queria fazer academia quando eu chegasse em casa, mas aí como eu fumo eu não consigo fazer academia. É mais preguiça. Eu não sei se é a maconha que dá mais preguiça, normalmente, ou se é a comida, entendeu? Que eu como pra caramba por causa da maconha.” (FM23)

Uma minoria deixou de realizar momentos de lazer para fazer uso de maconha.

“Objetivos de vida, assim, coisas grandes, não. Já deixei de viajar para lugares, já deixei de fazer rolê com algumas pessoas, mas não objetivos de vida. Deixei porque ia ser muito mais massa se a gente fumasse maconha e as pessoas eram muito caretas, aí eu ia estar em um ambiente que eu ia me sentir um peixe fora d’água.”

“Coisas pequenas, sabe? Tipo assim, preciso ir ver a minha mina, aí a galera está fumando um depois da faculdade, vou ficar aqui, do que ir lá. Coisas básicas assim.” (MM23)

Do total da amostra, mais da quarta parte respondeu não ter abandonado estudos, trabalho ou qualquer outro objetivo, muito menos faltou com algum compromisso e/ou responsabilidade por conta do uso de maconha.

“Não por conta da maconha. Não, não foi determinante.” (FM34)

“Não. Não que eu me lembre.” (MM33)

Sobre situações vivenciadas pelos entrevistados em ambientes já frequentados sob o efeito da maconha e como se procedeu essas situações, metade respondeu já ter comparecido em confraternizações familiares sob o efeito da droga. Dentre eles, a maioria (8) disse passar despercebido por essas situações, por não demonstrarem que fizeram uso de maconha.

“Quando eu comecei o uso, eu tive uma fase de entendimento com a droga, eu acho que é algo comum, né? Então, eu tive uma fase de entender o quanto eu fumava e passava... por quanto era legal eu sair e fazer minhas coisas, o quanto eu ficava persecutória. E aí, depois, eu cheguei num momento que a minha relação com a droga é tão tranquila, que eu acho muito difícil as pessoas perceberem que eu estou sobre o efeito de maconha ou não. Eu acho que já sou tão eu, já faz tão parte de mim que eu acho muito difícil.” (FM34)

“Não, porque eu conseguia falar que eu tava bêbado. Porque eu não tô nem aí se eles acharem que eu sou fraco pra bebida e tal. Na verdade é porque eu já fumei três beques pra aguentar. Cheguei lá, bebi mais e aí fudeu, cara. Ninguém percebe, porque eu disfarço com bebida de álcool, porque o álcool é mais acessível, é mais aceitável na minha família do que o beque.” (MM22)

Porém, mais da quarta parte vivenciou situações em que familiares perceberam, mas fingiram não ter conhecimento a respeito do uso de maconha do entrevistado.

“Ah, ela ficou mais ligada depois que ela sentiu o cheiro na casa, então vira e mexe, ela está olhando assim, tipo, pro meu olho, pra saber... Mas ela não fala nada, ela só fica focada assim no meu olho... Deve estar tentando descobrir alguma coisa, mas eu prefiro ficar tranquila do que dar mais indícios, entendeu?” (FM23)

“No começo, quando percebia era um choque, hoje em dia elas fingem que não percebem. Eu também aprendi a me recompor, pelo menos em termos comportamentais ou de atitudes, a coisa fica fácil. Difícil é mascarar a cara de chapado, né?” (MM38)

Do total da amostra, menos da quarta parte disse que em ambiente escolar os professores desconfiam, mas não abordam o assunto.

“Poxa, eu olho no espelho, eu me percebo, entendeu? O professor tem lá uma experiência, etc, eu acredito que sim. Nunca ninguém falou nada pra mim, eu também nunca fiz nada.” (MM43)

Somente alguns mencionaram ter vivenciado essa situação em ambiente de trabalho. A repressão foi a atitude sofrida pelos entrevistados.

“E no trabalho a mesma coisa, nunca ninguém teve coragem de falar, mas as pessoas olham de um jeito, assim, tipo, putz, sabe? Você perde a moral. Onde você chega com os olhos rachados, você perde a moral.” (MM30)

Até o momento da entrevista, a maior parte da amostra estava trabalhando registrado ou autônomo, e menos da quarta parte estava desempregada.

Quase todos os componentes da amostra disseram não contar sobre seu uso de maconha em nenhum ambiente e situação, apenas para amigos e/ou aqueles que fazem uso da substância.

Os ambientes de trabalho, escolar e familiar foram citados como local e pessoas que nunca falam a respeito do próprio uso, para evitar sofrer preconceito, conflitos, perder credibilidade e confiança, além de correr o risco de ser despedido do trabalho.

“Eles não aceitam. Naquele ambiente não faz parte desse assunto, né? O meu trabalho é um ambiente que não faz parte. Em primeiro lugar, eu perderia a confiança, e perder o emprego talvez. (FM38)

“Minha família não aceita. Se eles fossem de acordo com o uso, sim, eu assumiria. Mas, porque eu não gostaria de criar o atrito com eles, entendeu?” (MM23)

Somente alguns disseram conversar sobre maconha e seu uso em qualquer lugar para qualquer pessoa.

“Não tenha dúvida, eu sou um canabista do jeito que o tabagista é tabagista, se é maconha que fuma eu sou um maconhista também.” (MM33)

Quando perguntado aos componentes da amostra como as pessoas reagem ao saber sobre seu uso de maconha, aproximadamente um terço dos respondentes disse ter sofrido preconceito em algum momento por essas pessoas.

“Sim. Ah, Pelo fato de estar envolvido com um negócio que eles consideram ser uma droga, né? Um tóxico que tem todo um tabu...” (MM43)

Porém, a maioria, por comentar a respeito do seu uso apenas com amigos e/ou pessoas que usam ou aceitam o uso, não passou por qualquer situação constrangedora.

“Não, porque as pessoas que sabem que eu faço uso, geralmente são pessoas que fazem o uso da mesma forma que eu.” (FM34)

Entretanto, dialogar, compreender e buscar conhecimento a respeito do tema foram as atitudes mais esperadas pela maioria dos entrevistados.

“Ah, sei lá! Tentando saber mais dessas questões, dessas vantagens, desvantagens, entendeu? E, na medida em que for possível ali, tentar se relacionar, né? Entender sobre esse porquê.” (MM34)

“Aí entra naquela parte de que elas não sabem como é, de elas não saberem o que a droga faz, o efeito real, elas superestimam um efeito e têm preconceito.” (FM29)

E menos da quarta parte mencionou o respeito e a falta de julgamentos como atitudes mais adequadas.

“Respeitar o que eu faço, porque não é uma coisa que... o que eu faço, por exemplo, fumar maconha, não vai interferir na vida da outra pessoa que tá ali.” (MM23)

“Eu acho que ela não deveria subestimar meus pensamentos. Tipo, me tratar realmente de igual pra igual, como pessoa que também viveu a experiência, e não olhar pra mim como se eu fosse uma criança, uma coisa assim, tipo imaturidade, maconha é coisa de gente imatura.” (MM22)

Foi perguntado aos entrevistados se haveria alguma reação, pensamento (reflexão) ou sentimento de suas partes, ao visualizar pessoas usando crack, maconha ou abusando de álcool. Sobre as pessoas usando crack, a maioria (10) dos

entrevistados respondeu sentir medo/receio ao avistá-los usando essa substância. E mais da quarta parte da amostra disse sentir compaixão por esses usuários.

“Um dia eu passei na Cracolândia e aí eu falei assim, eu vou focar no olho de uma pessoa e vou ver o que ela faz por uns dois minutos e aí ela fazia várias coisas com o corpo, mas o olho dela fazia assim ó, vazio, vazio. E aí eu via que ela tava pegando um negócio e fazia assim, e aí eu pensei: Meu, isso é tanto o tipo de pessoa que precisa ser ajudada.” (MM22)

“Eu tenho muita pena. De crack eu sinto pena e a maioria das pessoas que você vê nessas condições são crianças. Então por isso que eu sinto mais pena ainda.” (MM25)

“Eu tenho aquela questão de achar que é perigoso, então assim, de ficar prestando atenção com o que eu tô na mão. Eu não me sinto ameaçado, mas eu fico atencioso. Eu fico atencioso, mas eu não sinto ameaçado, porque a pessoa não me fez nada.” (MM23)

Referente ao fato de ver pessoas usando maconha, todos os entrevistados relataram se identificar com a situação. Mais da quarta parte disse manifestar vontade de uso, porém metade deles o faria mesmo sendo usuários desconhecidos.

“Obviamente muito mais permissiva do que ver alguém tomando uma pinga sete horas da manhã no bar ou fumando crack.” (FM34)

“Eu fico olhando com desejo mas nunca peço.” (MM38)

Referente aos entrevistados presenciarem pessoas abusando de álcool, a maioria disse não ter reação ou mesmo algum sentimento ou reflexão sobre essa situação. Por ocorrer com frequência, os respondentes relataram estar acostumados a ver pessoas alcoolizadas.

“Eu fui morar no centro de São Paulo, mas eu passo reto como se eles fossem postes.” (MM38)

“Normal. Não faço nada.” (FM23)

Porém, mais da quarta parte disse sentir medo e compaixão, dependendo de alguns fatores, como estar muito alterado, “malvestido”, ser jovem ou estar em situação de rua.

“Triste saber que a pessoa não tem a orientação que hoje eu tenho. Eu já fui um inconsequente ficando bêbado. Acho que é isso que conta, a ação que eu tomei certo. Eu espero que ele tenha esse tipo de orientação.” (MM33)

“Então, eu não julgo a pessoa, eu não vou tratá-la mal. Se o cara levantar e vier no semáforo comigo ou a gente tá esperando pra atravessar a rua, ele fica do meu lado, eu não tenho porque me afastar dele por causa de cheiro. Eu não tenho porque tratá-lo mal por conta da situação dele.” (MM23)

5.3.9 Sobre busca de informação a respeito do tema

Todos os entrevistados disseram ter mudado de opinião em relação ao uso de maconha e outras drogas. Essa mudança ocorreu através da própria experiência como dependente de maconha e através de busca de informações a respeito do tema.

O fato de experimentar maconha e desmistificar o que ouvia a respeito delas antes de iniciar o uso foi o principal fator de mudança de opinião, porém a experiência vivenciada em países tolerantes ao uso de maconha pelos entrevistados também foi citado.

“Eu acho que melhorei bastante sim, eu acho que melhorei, minhas opiniões mudaram muito.”

“Quando eu fiz o meu intercâmbio na Austrália, eu morava em uma casa que todo mundo fumava, todo mundo conversava e era a hora social da casa na maioria das vezes. E é diferente. O estilo de vida é diferente, então eu acho que eu fui mudando o que é maconha na minha vida. Tipo, o quanto ela me ajuda, o quanto que ela me atrapalha...” (FM29)

Todos os entrevistados disseram buscar informações a respeito do tema “uso e dependência de maconha e outras drogas”, sendo as redes sociais e internet locais de busca citados pela maioria da amostra. Aproximadamente um terço buscou informações com profissionais de saúde e mais da quarta parte buscou conhecimento em livros, jornais ou revistas.

Menos da quarta parte também citou como fonte de informação artigos científicos e documentários. Somente alguns disseram se informar através de jornais e reportagens em televisão.

“Leio sim. Ah, eu vejo na internet mesmo e como eu conheço algumas pessoas que trabalham com isso é mais fácil obter a fonte de informação até formar um argumento mais concreto, né? No post do facebook que meus amigos que lidam com isso... texto mais assim.” (FM38)

“Geralmente eu sempre procuro documentários, procuro fontes confiáveis. Eu gosto de pesquisar artigos acadêmicos que falam sobre. Eu falo inglês, então eu consigo ter acesso a material em inglês, que triplica, quadriplica a minha fonte de informação, frente a uma pessoa que só fala português. (MM23)

Do total da amostra, todos disseram conversar com amigos sobre maconha e/ou outras drogas, sendo considerado por eles tal diálogo transmitir informações e trocar experiências.

“Converso o tempo todo, principalmente pra melhorar minha argumentação e pra informação mesmo, pra saber o que tá consumindo, abrir a cabeça sobre isso... Acho importante.” (MM25)

“Converso constantemente, porque a gente está inserido nesse tema né? Somos todos usuários.” (MM23)

A maioria (8) dos respondentes disseram conversar sobre o tema “uso e dependência de maconha e outras drogas” com seus familiares, no intuito de informá-los a respeito do assunto e romper preconceitos. Porém, dentre eles, a maior parte disse ter cautelas ao abordar o assunto com o intuito de evitar que os pais desconfiem sobre seu uso de maconha.

“Sim. E quando eu tenho a oportunidade de expor, eles sabem bem a minha posição. Faço essa reflexão sempre, de droga legal, ilegal... Eles sabem bem o que eu penso, só não sabem que eu uso.” (FM34)

“Sim, só que eu procuro não demonstrar pra eles, me abrir mesmo e mostrar o quanto eu me sinto dependente, pra não levar essa preocupação a eles, mas, às vezes, eu converso com eles, sim.” (MM30)

E mais de um terço da amostra disse não tocar no assunto com seus familiares, no intuito de evitar sofrer preconceito ou porque os seus próprios parentes não permitem esse debate.

“Hoje a minha mãe, ela tem um pouco de vergonha de falar desse assunto comigo e eu também com ela, então não quero. Não acho necessário, porque ela vai expor a opinião dela e eu já sei a opinião dela e não quero ouvir, sabe?”

“Com os meu pais não. É por causa da intolerância deles de tudo o que aconteceu lá no hospital e tudo, entendeu?” (MM33)

A maior parte (12) dos entrevistados disse ter algo para acrescentar a respeito do que foi discutido até aqui nessa pesquisa. Dentre eles, metade relatou sofrer situações de preconceitos e estigmas.

“Eu já sofri um abuso moral lá dentro da Santa Casa, dessa vez que eu fiquei internado por causa do ombro. O médico falou com o meu pai que eu fumava maconha, me causou uma briga de família. Causou um constrangimento no meio do corredor do hospital, que meu pai: “Pow você tá fumando maconha ainda?” Pá pá pá... Isso foi no meio do corredor! Passei a maior vergonha! Depois ainda eu fui falar com ele “É, meu, você é o maior drogado...”, pá pá pá, dentro do hospital.” (MM33)

“Como eu te disse, essa questão de você sentir que você é subestimado em termos de pensamento, em termos de ter ideia e também de achar que, por você fumar maconha você é a pessoa que sempre tem maconha, que vende maconha. Tipo, não, eu só faço o meu beque e pronto.” (MM22)

Mais da quarta parte comentou sobre os prejuízos sofridos por eles, provocados pela ilegalidade da maconha, como a busca pela mesma em pontos de vendas e não se declarar usuário de maconha, além de menos da quarta parte abordar sobre a dependência de maconha, como seguem exemplos abaixo:

“Eu me sinto humilhado tendo que comprar do jeito que eu compro, mas é um conflito que eu vivo porque, pra começar, eu não tenho canal. Eu compro numa boca pequena, certo? Compro porção pequena tentando diminuir meu próprio consumo.”

“Ah, não é uma barreira, né? É aquele negócio de preconceito, né? A pessoa te subestimar.”(MM33)

5.4 Crack

5.4.1 Histórico de uso de drogas

Crack não foi a única droga a ser utilizada por esse grupo. Maconha, álcool, cocaína e solvente foram drogas que quase todos os componentes da amostra afirmaram ter utilizado. Alucinógenos e medicamentos também foram citados como parte das drogas utilizadas anteriormente ao crack.

“Comecei com álcool, maconha, cocaína e crack, nessa ordem.” (FC34)

“Vixi... maconha, crack, cocaína, êxtase, LSD, cogumelo, lírio... Já passei por todas! Lança perfume... Por todas essas aí! Não que eu fiquei nelas, né? Mas eu já conheci todas essas aí.” (MC34)

5.4.2 Como utilizavam o crack

Todos os entrevistados relataram ter sido dependentes de crack, porém, mais da quarta parte relatou também fazer uso de forma frequente de álcool e maconha. Dentre esses, todos disseram fazer o uso concomitante dessas drogas para lidar com os efeitos do crack.

“Com crack? Constante. O tempo todo. Enquanto eu estivesse acordado, eu estaria usando. Só parava na hora de dormir.” (MC41)

“Usei crack praticamente durante quase vinte e cinco anos.” (MC52)

Quando perguntados a respeito da frequência de uso de crack, a maior parte relatou ter usado várias vezes ao dia, todos os dias. Porém, assim como descrito também no grupo de álcool, no início o uso era esporádico e, com o passar do tempo, se tornou mais frequente.

“É, tudo tem um estágio, né? No começo era na semana, depois foi ficando descontrolado, né? Até chegar no todo dia. Todo dia, toda hora. Enquanto eu não tinha, eu estava correndo atrás para ter.” (MC36)

Importante ressaltar que alguns entrevistados citaram uma forma de uso que se pode considerar “controlada”. Pelo menos, verifica-se um certo domínio do usuário sobre o seu uso.

“Difícil dizer, né? Oscilava muito. Não tem como especificar isso, né? Porque durante todos esses anos eu ficava usando durante cinco meses, aí ficava mais dois, três sem usar, entendeu? Aí usava uma vez por semana, uma vez por mês, quer dizer, não tem como especificar. Aí, no final, foi bem frequente. De 2014 pra 2015, acho que foi a época que eu mais me dediquei ao uso. Usava praticamente todo dia.” (MC42)

Entretanto, até o momento da entrevista todos estavam abstinentes. A maioria disse estar abstinente do crack entre 1 a 5 anos, menos da quarta parte, há 10 anos e uma minoria, há 7 anos abstêmios.

5.4.3 Prejuízos/Benefícios com o uso do crack

Todos os entrevistados relataram obter prejuízos ao longo do uso de crack, porém menos da quarta parte relatou também obter benefícios ao utilizar essa substância.

5.4.3.1 Benefícios

Dentre os benefícios citados, foram: sensações de alívio e euforia, conhecer seus próprios limites, a “fuga” da realidade, o fato de já ter socorrido pessoas em situações de risco, como exemplo, a overdose, e ser um exemplo para outros usuários de drogas de crack que desejam cessar o uso.

“Prejuízos, né? O benefício que o crack traz é a euforia do momento, é o alívio, é achar que você é o superman, achar que seus problemas acabaram. E o prejuízo é tanto como pessoa física como tudo, né? Eu acho que o único benefício que ele tem é esse momento de uso mesmo. Após o uso, acaba e bate a depressão.” (MC32)

“Hoje eu vejo o que me propiciou eu conhecer o uso de droga. Hoje eu vejo o que não é bom pra mim, hoje eu tenho mais força de negar situações que me prejudicam. Eu entendo que não existe essa de ‘só uma dose’, não existe essa de ‘ah, de vez em quando’, entendeu?” (MC42)

5.4.3.2 Prejuízos

Referente aos prejuízos citados pelos entrevistados, a maior parte relatou a perda de vínculos familiares, danos morais, psíquicos, financeiros, materiais e sociais. Dentre essa parcela da amostra, a maioria citou como prejuízos perder bens materiais, emprego, estudos, envolvimento com atividades ilícitas (tráfico, roubos, furtos e porte de arma), danos cognitivos, ansiedade, perda de confiança de terceiros, depressão, além de sofrer exclusão e isolamento social.

“O que eu considero como dano é, principalmente, a maneira como eu fazia pra buscar os recursos, pra poder estar fazendo o consumo da droga, que muitas vezes era furtos, roubos, tráfico de entorpecentes, porte de arma... Tudo isso foi dano na minha vida, porque, de alguma forma, eu tive que arcar com a responsabilidade dos meus atos, perante a justiça. Eu também tive prejuízos físicos. Eu já fui ferido por arma de fogo, entendeu? Até por arma branca, e tudo em decorrência do uso da droga, entendeu?” (MC41)

“O crack que foi a causa de tudo! Ele me tirou tudo! Ele só não me tirou a vida porque Deus não permitiu. Você não se compara mais como um ser humano. Você não se vê mais como ser humano. Eu chegava a feder carniça. Eu chegava a bater no rosto assim e o pêlo cair, entendeu? Eu chegava num estado que a minha boca chegava a colar sem água. Eu chegava na minha casa que era um barraco debaixo da ponte, isso daqui ó (e mostra os lábios) era tudo rasgado. Queimado. Quando eu bebia alguma coisa, eu já vomitava. Meu estômago já... você está entendendo? Meus filhos foram tirados de mim. Todo dia eu acordo e quero ver todos os meus filhos do meu lado, por mais nóia que eu seja julgada, por mais p... que eu seja julgada, por mais das piores dos piores do ser humano.” (FC30)

“Então, tem alguns danos que são irreparáveis. Eu acredito que psicologicamente eu tenho um déficit de atenção muito grande, memória... financeiramente eu perdi carro, eu perdi casamento, eu perdi um monte de coisas. O meu filho, agora ele sabe que eu sou... a minha filha mais velha, a Isabela, ela não tem um amor por mim assim, sabe, interessante. Perdi um monte de dente. Por muito

tempo eu passava na rua assim, as pessoas entravam pra casa, sabe, com medo de mim. Isso machuca, sabe? Já perda de peso é um dano, né? A aparência, né? Você não quer saber mais de nada, fica sem tomar banho, sem escovar os dentes...” (MC34)

Metade relatou perder amigos (ou em atividades ilícitas ou por afastamento dos mesmos, provocado pelo preconceito com usuários de drogas), relacionamentos amorosos, ter delírios persecutórios e se encontrar em situação de rua. E mais da quarta parte citou a ficha criminal como um desses prejuízos.

“Me derrubou mesmo, assim, de eu parar na rua e tudo... Me distanciar de família e desacreditar foi no crack mesmo assim que teve. Graças a Deus doença assim... nunca teve nenhuma doença que podia vir através de uso, da droga assim. Já socorri uma pessoa de overdose e já bati muito.” (MC32)

“Eu tive dois infartos em função da associação do crack com o viagra, né? Fumava trinta pedra e tomava quatro Viagra. E psíquicos, eu tinha mania persecutória, esse tipo de coisa. Hoje não mais.” (MC45)

Do total da amostra, apenas uma minoria citou obter prejuízos físicos com o uso de crack. São eles: ferimento por arma de fogo e arma branca, envolvimento com atividades ilícitas, não se alimentar, não realizar higiene pessoal, infarto, perda de peso, dificuldades de dormir, contrair doenças infecciosas, cometer e sofrer agressões físicas.

“Eu me sinto mais fraco, né? Você fica mais fraco. Você não se alimenta, não dorme direito, não se alimenta direito. Então você, sim, você fica fraco. Tem coisas que você fazia assim e de um dia pro outro você não tá aguentando mais fazer. Fiquei acho que bastante intolerante.” (MC34)

Apesar de inúmeros danos citados pelos componentes da amostra, o tempo de uso de crack foi longo. Aproximadamente um terço deles disse ter usado o crack

durante 3 a 5 anos, porém, menos da quarta parte fez uso por 6 a 10, 11 a 15 e 21 a 30 anos.

5.4.4 Cessar o uso

Quase todos relataram dificuldades em deixar de usar essa substância, sendo que a maioria a descreveu como uma “droga forte”, que o torna totalmente vulnerável perante ao uso. Além disso, houve também a dificuldade em se compreender/reconhecer como dependente, e a recuperação de todos os prejuízos causados ser um longo processo em todas as áreas da vida do entrevistado, como alguns exemplos abaixo:

“Quantas vezes eu chorei pra tentar parar com o crack, com droga em geral, e não conseguia, às vezes usando eu chorava, porque sabia o que eu estava perdendo, sabia que eu estava perdendo a família, sabia que eu estava perdendo minha vida, mas eu estava ali. Ela me estimulava a fazer coisas erradas.” (MC52)

“Eu não sabia mais dormir, eu tive que aprender a dormir na marra, meu lábio descolou. O couro do lábio, ele saiu inteiro. Eu quase morri sufocado por vômito três vezes. Foi bem próximo do segundo infarto que eu tive, então eu estava muito debilitado fisicamente. O dono da clínica pensou até por duas vezes em me devolver pra minha família, porque ele tava com medo de eu morrer lá dentro” (MC45)

Entretanto, metade da amostra também relatou situações de risco de morte ser o único determinante para conseguir cessar o uso.

“A primeira vez que eu fui internado, eu não queria, mas assim, eu tinha sido preso e pra eu não ir pra cadeia eu fui internado. E as outras vezes também, eu tive uma septicemia na perna direita, eu quase perdi a perna direita, eu cheguei morto no hospital, eu tive seis episódios de quase morte. Uma dessas vezes foi a septicemia na hérnia direita, fazia um ano que eu não tomava Retroviral e eu fumando pedra todo o dia, todo o dia. Tanto que uma das vezes, o meu segundo infarto, eu tava com umas

dores do infarto fumando pedra, esperei as pedras acabar pra eu ir pro hospital.”
(MC45)

Do total da amostra, somente alguns entrevistados relataram sucesso na primeira vez que decidiram cessar o uso de crack.

“Não tive, porque eu quis por vontade própria. Então não precisei de ajuda de ninguém... Não foi fácil, mas eu tinha uma meta e eu tinha que vencer aquela meta.”
(MC29)

5.4.5 Percepção dos entrevistados do grupo de crack, em relação aos prejuízos causados por álcool e maconha

Apesar da maioria dos entrevistados ter feito pouco ou nenhum uso de álcool e maconha, estes relacionaram alguns prejuízos e benefícios quanto ao uso dessas substâncias.

Quando perguntados se o uso de alguma dessas 3 drogas psicotrópicas pesquisadas (álcool, maconha e crack) traz prejuízos e benefícios físicos, psíquicos e/ou sociais, a maioria dos voluntários da pesquisa afirmou que as três drogas trazem prejuízos à vida daqueles que as utilizam. Porém, mais da quarta parte relatou que o álcool e o crack trazem os mesmos prejuízos.

“Não! Todas elas trazem algum prejuízo.” (MC45)

“Não tem como ter benefício com o uso de droga, né, meu? Já começa que você já desvirtua a mente, você já não está uma pessoa lúcida aí. Que não quer dizer também que justifique certas atitudes, né? Minha vida só foi tragédia enquanto eu fiz uso de qualquer substância química, entendeu? De drogas e esse tipo de coisa.”
(MC41)

Quando solicitado para enumerar qual dessas drogas estudadas (álcool, maconha e crack) traz mais prejuízos e quais são esses possíveis prejuízos

relacionados a elas, a maioria dos respondentes disse que o crack é a droga que causa mais danos físicos, psíquicos e sociais, seguido de álcool e maconha, enquanto mais da quarta parte respondeu que o uso de qualquer droga psicotrópica traz prejuízos àqueles que a utilizam.

“O crack e o álcool. Que o crack e o álcool vai matando a pessoa aos poucos, né? É prejuízo, né? Não mata de uma hora pra outra, né? Vai matando aos poucos.” (MC41)

“Se tratando de drogas, todas elas traz prejuízo, não tem essa de mais ou menos. A gente sempre vai estar gastando, então todas elas traz prejuízo.” (MC52)

Esses prejuízos variaram de acordo com o tipo de droga. Em relação ao crack, os danos relacionados ao uso foram: perder vínculo familiar, bens materiais, danos físicos, violência doméstica, geração de preconceito e estigma e envolvimento com atividades ilícitas.

“Ah, o crack me trouxe muito estrago. Perdi minha saúde, né? Perdi família, amigos, bens materiais, basicamente tudo.” (MC41)

“Ah, creio que os dentes, né? Ficaram destruídos, amarelados. Então acaba com o esmalte dos dentes e isso que acaba comigo no pensamento. Danos sociais foi a parte da exclusão, né? Exclusão social mesmo. Você se exclui de todo mundo também. Você perde o emprego, você começa a se afastar de todo mundo.” (MC29)

“Não sei se dá pra contar como dano físico, mas acho que o meu fundo de poço no uso de drogas foi violência doméstica. Porque, assim, depois de muito alterado, tanto ele quanto eu acabava acontecendo mesmo, e eu passei por isso muitas vezes, né? Violência doméstica mesmo, abuso mental, físico, ameaça, medo o tempo todo, eu acredito que isso foi uma forma de danos físicos, né?” (FC34)

Quanto ao álcool, os prejuízos foram relacionados com transtornos mentais, danos físicos, psíquicos, morais, financeiros, materiais e sociais. Além disso, ela

também foi relacionada ao fato de estimular o uso de outras drogas, geração de preconceito e isolamento social.

“Eu sei que se eu beber, eu me torno permissível e eu vou buscar aquilo... a brisa que eu quero.” (MC45)

“Nenhuma delas traz coisas boas e, pelo o que eu vejo, principalmente pela parte psíquica, é o que mais destrói é o álcool. Eu acho que muito mais que o crack.” (MC32)

Do total da amostra, a maioria dos entrevistados relacionou menos prejuízos ao uso da maconha entre as três drogas estudadas, porém também relatou desconhecer esses prejuízos. Somente alguns relacionaram danos ao uso dessa substância como, desenvolver esquizofrenia e raciocínio lento.

“Eu nunca gostei muito da maconha, porque eu não consigo ficar parado. Eu sou muito pró-ativo e ela lesa a pessoa. Quando eu fumo maconha eu quero deitar no sofá e assistir televisão e não saber de nada. Ela me fazia retardar o raciocínio, porque tudo fica mais lento.” (MC42)

“Todas causam em diferentes áreas. Quem só bebe mora na rua, quem só fuma crack perde tudo e a maconha... Não sei dizer qual traz mais prejuízo, mas a maconha é a que traz menos... Tanto é que é uma droga que se estuda pra medicamento.” (MC42)

Quando solicitado para enumerar qual delas traz mais benefícios, mais da quarta parte citou o uso de maconha e somente alguns citaram o uso de álcool.

Estratégia de redução de danos para lidar com os efeitos indesejáveis do crack e até mesmo cessar o seu uso, aumentar o apetite, melhor qualidade do sono e obter foco foram os benefícios relatados por eles.

Quanto ao álcool, atenuar os efeitos indesejáveis do crack e o fato de esquecer os problemas pessoais foram relacionados ao seu uso:

“Primeiro que agora já tão tendo estudos que ela é bem benéfica à saúde. E segundo porque se não fosse ela eu não tinha parado de fumar o crack. Ah, a hora que dava a abstinência eu usava a maconha, né? Tanto é que ela me deixava mais calmo pra esquecer...” (MC29)

“O álcool vinha numa maneira de atenuar a fissura, e a maconha ela vinha com o benefício claro e evidente de me fazer esquecer o crack, diminuir a nóia.” (MC39)

5.4.6 Busca de tratamento

Os CAPS AD foram os locais de cuidado ao usuário de droga mais procurados, seguidos das comunidades terapêuticas, grupos de mútua ajuda, e o restante buscou outras instituições, como clínicas, pronto-socorro etc.

“Já. Todos que você falou aí. CAPS AD, hospitais, pronto-socorros, comunidades terapêuticas e NA, Narcóticos Anônimos.” (MC36)

“Então, eu nunca fui internada e no começo da minha recuperação eu fui até o posto de saúde e conversei com o médico da família. Ele me passou Fluoxetina pra estabilizar o meu humor, que na ocasião oscilava muito, e Diazepam.” (FC34)

Referente à busca de profissionais da área da saúde mental, a maioria relatou ter sido acompanhado por psicólogos ou psiquiatras. Dentre eles, somente alguns tiveram conhecimento desses profissionais, apenas durante internações.

“Agora que eu comecei a buscar a psicóloga e a psiquiatra, desde quando a Aninha nasceu. Já tinha aquelas tentativas de antes, porque elas já me conheciam, mas eu sempre desviava. Agora estamos no quadro certo.” (FC30)

Quando perguntados sobre obter um tratamento (uma atenção) diferenciado nesses locais e/ou com profissionais da saúde, por serem usuários de drogas, a maioria respondeu ter sido tratada de forma diferente; entretanto, metade dessa

parcela da amostra declarou ser positivo e a outra metade definiu como negativos esses atendimentos.

Os atendimentos considerados positivos para os respondentes foram definidos como dar a “escuta” ao paciente e o fato de não estar internado, possibilitando exercer funções sociais como, por exemplo, trabalhar.

“O esforço, o carinho, de sentar e conversar... Não importa quantas horas. Podia passar a hora delas terem ido embora, elas sentavam... Elas não se cansaram.” (FC30)

“Sim. Não tenho do que reclamar não. É muito bom o trabalho deles. Ah, porque eu fiquei no CAPS mesmo. Eles fazem esse trabalho, que eles têm uma residência. Lá eles podem sair pra trabalhar e tudo mais, fazendo tratamento no CAPS, tomando medicação todo dia à noite, tomei esses medicamentos todinho.” (MC36)

Os motivos apontados por outra metade da amostra sobre esses tratamentos serem negativos foram: sofrer preconceito, maus tratos e não ter a escuta do profissional.

“Várias vezes nos hospitais. Negativa, porque eu cheguei dentro do hospital, até dessa última vez da gravidez da Ana Clara, eles me isolaram no quarto e tinha sobrado um marmiteix, aí eu escutei a mulher falar assim: ‘Ah, dá pra ela. Ela é usuária de crack, deve estar morrendo de fome, mas coloca a máscara, porque você sabe como é que é.’” (FC30)

“Bem maltratado. Ah! O estigma do dependente químico, né? Que nem eu, quase perdi esse dedo em função do crack. Em Uberaba eu fui no hospital escola, os caras não queria nem saber. Eu tive que vir embora, ser tratado em Santos através do meu convênio médico, porque lá os cara já: “Ah você usou! Você é nóia mesmo, eu quero que se foda!” Não foi verbalizado, mas foi isso que transpareceu. A maioria dos atendimentos são assim.” (MC45)

Mais da quarta parte não buscou ou não obteve um tratamento diferenciado.

“Não vi. Não passei por isso. Não, eu não percebi, não me recordo.” (MC39)

“Não, não percebi. Não, as pessoas que estavam lá era tudo o mesmo problema, não teve.” (MC34)

5.4.7 Relação familiar

Sobre a relação do conjunto familiar e a dependência de crack dos entrevistados, foram levantados alguns pontos relevantes, como ter ciência ou não do diagnóstico do usuário, e quais atitudes tomadas por seus familiares a partir dessa informação.

A maior parte dos componentes da amostra disse que a família tinha consentimento do uso abusivo e/ou dependência de crack. Porém, dentre essa parcela da amostra, mais de um terço relatou atitudes negativas advindas de seus parentes, como constantes desentendimentos (brigas), preconceito com os usuários e até mesmo expulsá-los de casa.

“Poderia me vitimar diante de tantas coisas que eles fizeram... exclusão, xingamentos, exposição a vexames, me tiraram de casa, fofoca... aquele monte de coisa. Eles não me ajudaram, mas eu reinterpretei.” (MC39)

“Agora, negativo é o jeito que te tratam sem conhecimento. Então, te julgam de um jeito que não tem nada a ver com o que tão falando. Então isso agrava, é onde você não quer ficar perto da sua família, você começa a se afastar.” (MC29)

E mais da quarta parte dos entrevistados disse que seus familiares tentaram agir de forma positiva, ao se inteirarem da sua dependência. Entretanto, nem sempre as atitudes eram consideradas positivas para os usuários cessarem o uso, sendo justificado por eles mesmos a falta de conhecimento e habilidade, por parte de seus familiares, para lidar com o assunto. Tentar orientar, compreender e buscar interação foram as atitudes positivas citadas pelos respondentes.

“Ela pediu ajuda. Minha família não tinha habilidade, como eu acho que a maioria das famílias não tem habilidade pra saber lidar com essa questão. A ajuda que eles procuraram sempre foi internação. A solução era se internar, se internar, se internar, até eu ser expulso de casa, né?” (MC39)

Porém, não ter havido nenhuma atitude perante tal informação também foi relatado pela minoria.

“Creio eu que, caso eles soubessem, com certeza eles iam ter uma participação positiva, no sentido de me ajudar a sair de alguma forma. Encontrar uma saída, encontrar um tratamento. Graças a Deus eu não precisei disso, não precisei submeter a minha família a esse constrangimento.” (MC41)

Do total da amostra, uma minoria disse que seus familiares desconheciam seu uso de crack.

“Por causa de crack nunca soube. Ele sempre soube que eu fumava maconha. Já foi muito... Nossa, crack seria uma decepção enorme.” (MC36)

Quando perguntado aos componentes da amostra se eles imaginavam porque seus familiares tiveram tais atitudes, quase todos da amostra apontaram a falta de conhecimento e habilidade para lidar com a dependência de crack, por seus parentes.

“Acho que era por falta de orientação mesmo, sabe? Falta de informação” (MC32)

“Como eles não sabiam, não tinham obrigação de saber nada de tratamento. Também é complicado dizer isso.” (MC39)

E apenas uma minoria relatou a preocupação da família perante o uso de crack.

“Ah! Pela preocupação, né? Foi o que eu falei, a família sempre foi muito unida, né? Então eles sempre querem ver todos bem da família. Então acho que foi por isso

mesmo. Essas atitudes de vir conversar, explicar sobre o que tava acontecendo, blá blá blá... mas sempre acabava em discussão.” (MC29)

Porém, apesar de mais de um terço dos respondentes ter relatado que estes familiares tiveram atitudes negativas perante tal informação, a maioria dos entrevistados relatou estar de acordo com a forma que seus parentes agiram perante o conhecimento do seu uso de crack.

“Não tá errado, né? Vendi a geladeira, microondas, máquina de lavar, televisão... Vendia tudo, não ia preso, mas de alguma forma tinha que dar um jeito, né? Não tiro hoje a razão mas... né? Fui de resgate, na clínica me bateram pra caramba, né, mano?” (MC33)

“Ah, eu achei correto, porque se interferisse muito, a gente ia ter umas brigas muito intensas. Capaz até deles me expulsarem ou eu sair de casa e eu viver uma situação de rua, não é? Então eu acho que essa tolerância foi ótima, porque eu mesmo criei essa consciência de não ter o perfil de um cara de família que entrou numa situação de rua por causa de crack, de perder o emprego...” (MC36)

Menos da quarta parte disse não ser uma questão de “estar de acordo” ou não com as atitudes de seus familiares, porém não os culpar perante o desconhecimento da doença.

“A minha mãe, ela era muito imatura. Ela foi criada num lar onde o pai dela, o meu avô, era um militar. E ela foi criada num lar e com pouca instrução, poucas habilidades. Agora, a minha mãe ela não ceder a essas questões, não porque ela é uma megera ou uma pessoa ruim, é porque ela também não foi tratada assim, no ambiente que ela foi criada, então ela só deu aquilo que ela recebeu.” (MC39)

Entretanto, uma minoria disse não concordar com tais atitudes, além de relatar a forma adequada que agiria caso tivesse algum familiar passando pela mesma situação, como foi citado o diálogo, a busca de informação sobre o tema e o acolhimento.

“Eu acho que não. Totalmente... Eu sentava, abraçava e conversava pra não passar tudo que passei, porque é sofrido, é doloroso e é sombrio. É medroso. É um mundo que eu não desejo nem pra um verme.” (FC30)

“Não muito. Foi o que eu falei, a falta de informação gera conflitos ao invés de solução. Então acho que eles deveriam tentar arrumar um meio de saber o que tá acontecendo no mundo de um usuário pra achar a solução. Do que aquilo, de querer já crucificar você, julgar, proibir de fazer as coisas, que eu acho que vai gerar um conflito.” (MC29)

5.4.8 Trabalho, estudos e outras metas

A maior parte dos entrevistados declarou ter trabalhado antes de começar o uso de crack, porém, durante o uso, a maioria não conseguiu se manter empregada.

“Então, eu trabalhava, porém os prejuízos foram acontecendo aos poucos, porque não era intenso o uso ainda. Eu trabalhava o dia inteiro. Trabalhava num lugar legal, ganhava bem inclusive, e usava à noite, porém, por vezes, no outro dia, porque virava. Eu não conseguia segurar, mas trabalhava durante, ainda não tava configurando dependência, ainda não tinha prejuízos necessários pra configurar isso, mas trabalhava. Depois veio a fase intensa. Uma fase que eu larguei tudo e fui pra rua. Não é que eu larguei, perdi.” (MC39)

Em relação aos prejuízos e/ou benefícios adquiridos no ambiente de trabalho ou estudos, enquanto usuários de crack, quase todos relataram prejuízos nesses ambientes.

Dentre eles, todos citaram falta de comprometimento com o trabalho e estudos, devido à necessidade de consumir a droga em horário de expediente, ou até mesmo constantes faltas, ocasionadas pela recuperação do uso da mesma.

“Influenciou, porque eu entrava em crise de abstinência e eu não conseguia ficar lá no trabalho. Ou seja, eu tinha que sair dali. Eu não poderia sair, entendeu?” (MC41)

“Trouxe muitos. Falta de pontualidade, desorganização mental, falta no serviço, humor extremamente descontrolado...” (MC39)

A maioria dos entrevistados citou o preconceito e o desrespeito, advindos de colegas de trabalho, como prejuízos nesse ambiente.

“Você perde seu respeito, né? Mesmo que você tá certo ali, de repente, em uma situação ou outra, não tem como te darem ouvidos, levar você a sério... A sua vez é a última de ser acatada. Você não é respeitado. Preconceito, de repente, até né?” (MC34)

“Não trazia produtividade, ficava lesado, aí as pessoas do meu trampo já olhava: “Pô, esse cara tá drogado, vai embora!”” (MC52)

Do total da amostra, mais de um terço citou o abandono escolar/universitário como prejuízo provocado pelo uso de crack.

“Porque assim, estaciona nosso processo de construção social que a gente tem, de conhecer coisas e aprender coisas. Tudo fica de lado. Você simplesmente vive pro uso da droga. Quando eu ia trabalhar, meu maior objetivo era manter o vício, não pensava em comprar minha roupa, estudar... Não! Eu ia pra usar droga, meu principal objetivo era o uso, você prioriza isso. O abandono foi tanto do trabalho quanto da escola.” (MC42)

Somente alguns disseram ter os estudos interrompidos pelo fato de terem sido presos.

“Eu parei de estudar forçado, porque eu fui preso. Me colocaram numa clínica sem eu pedir, sacanagem! Era FEBEM, aí depois a cadeia. Foram as duas primeiras

internações que eu tive. Nossa! É complicado. Eu acho que, enquanto você tá fazendo o uso abusivo, e se configurou dependência, a capacidade de decisão fica meio complicada. Fica meio comprometida. Não sei falar pra você se eu deixei, ou o casamento que eu perdi foi eu que decidi, é uma série de prejuízos que eu não tinha controle.” (MC39)

Porém, aqueles que não declararam prejuízos em ambientes escolares ou universitários, relataram o início do uso de crack após esses períodos.

“Assim, escola não tem nada a ver, porque eu não conhecia a droga na escola.” (MC41)

“Não. Estudo não. O meu não teve jeito, porque eu estava na cadeia, então eu terminei o estudo lá, né?” (MC52)

A maioria dos entrevistados disse ter sido impedida de entrar em diversos ambientes, como bares, restaurantes e comércios. O único motivo apontado por eles foi a aparência física.

“Já. Já. Até pra comprar as coisas eu já apanhei. Até pra comprar uma coxinha, eu já apanhei. Na hora de pedir um copo de água, qualquer coisa você apanha. O fedor, você incomoda, parece, os outros que estão ao seu redor e o cara do balcão sai que sai com tudo.” (FC30)

“As pessoas falam que parece aquele jogo do zumbi, lá. Então é algo que você vê, que é mais pelo estado físico das pessoas, mais por eles estarem fedendo, estar no meio da calçada, mais pelo o que ele tá vestindo, do que pelo o que ele é. Eles não conseguem enxergar o ser humano, eles enxergam aquela casca que tá por fora do ser humano...” (MC32)

“Ah sim, restaurante, bar, impedido de entrar, não por conta do uso, por conta da minha aparência, né?” (FC30)

O estado físico do usuário também foi relatado por mais da quarta parte dos entrevistados como fator determinante para serem impedidos de estar em ambientes escolares.

“Não, porque na escola quando descobriam, eu já estava drogado lá dentro, né? Eu já ia drogado, então o pessoal só olhava e me mandava embora.” (MC52)

“Você atrapalha todo o funcionamento da escola. A gente usava dentro da escola mesmo, no banheiro e eu era tranquilo, mas a molecada que fazia a função lá atrapalhava a aula de todo mundo e eu já ali também, já não queria saber de mais nada, acabava passando de ano sem conhecimento, muitas vezes mandado embora.” (MM33)

Mais da quarta parte relatou não se expor em lugares públicos, ou seja, a escolha por locais protegidos como hotéis ou em suas próprias residências foi importante para evitar constrangimentos ou o fato de não conseguir estar em público sob o efeito do crack.

“Quando eu comecei no uso da cocaína eu ia muito pras festas, festas de família sob o uso de cocaína. Sempre. Só que aí, quando eu comecei no crack, ele não é social, não dá pra frequentar, porque o crack te isola, né?” (MC29)

“Não consegui ficar em nenhum. O único ambiente que você consegue ficar é onde tem uso de crack. Quem me conhecia intimamente percebia. Mas ninguém vem falar nada. Não dá tempo, porque eu sumia. Eu ia embora, porque eu não conseguia ficar, porque eu não conseguia nem falar. Não tinha nada pra mim ali, eu tinha que ir embora. Como eu ia explicar alguma coisa se eu não conseguia nem falar?” (MC42)

Menos da quarta parte relatou ser impedido de estar em ambientes familiares, e o motivo apontado foi o afastamento do próprio usuário do convívio familiar, como segue exemplo abaixo:

“Não. Sempre fui disciplinado. Então eu sumia dois dias de casa, mas ninguém me via louco.” (MC29)

“Então, te julgam de um jeito que não tem nada a ver com o que tão falando. Então isso agrava, é onde você não quer ficar perto da sua família, você começa a se afastar.” (MA45)

Quanto ao fato dos entrevistados terem deixado de realizar algum trabalho, estudos ou outros objetivos na vida por conta do uso dessa droga, a maioria disse ter deixado os estudos e o trabalho.

“Querendo ou não atrapalhou meu estudo, né? Eu até passei na ETEC e não consegui ir.” (MC34)

“Ah, teve mais, teve muitos empregos bons que abandonei. Tem uma hora que não dá mais.” (MC52)

Menos da quarta parte disse perder expectativas e objetivos, ou seja, ter abandonado todos os sonhos que tinha e que poderia vir a ter.

“Todos eles. Nunca concluí nada. Comecei um curso de auxiliar administrativo, não terminei. Não terminei o colégio, não conseguia seguir num trabalho. Todos os meus projetos... Ah, deixei de ter projetos, eu acredito! Deixei de ter muitos projetos, porque eu acredito que se eu tivesse me mantido sóbria, com todas as dificuldades que eu tinha, muito provavelmente alguma coisa ia surgir de mim, alguma coisa eu ia produzir. Então, como eu me aprofundei na doença, naquele comportamento, obsessão, compulsão, fuga... eu não tive sonhos, eu não corri atrás de nada, eu não fui atrás de mais nada.” (FC34)

A maioria relatou ser uma série de consequências que os levaram a deixar o emprego, estudos, entre outros objetivos. Não é uma questão de escolha ou ter controle dos fatos, como alguns voluntários da pesquisa explicam a seguir:

“Involuntariamente, quando você vê já não tá mais. Realmente não dá. Você substitui isso.” (MC42)

“Não de abandonar... De você, no meio dessa mentira toda, que é você ser um usuário, sair, deixar a sua responsabilidade, deixar o trampo pra outro ou você sair mais cedo e já ir direto na biqueira... Isso aí eu cheguei até fazer, meu. De perder mesmo. Assim você perde até a dignidade, saúde...” (MC36)

Sobre situações vivenciadas pelos entrevistados em ambientes já frequentados sob o efeito do crack e como se procedeu nessas situações, a maioria respondeu já ter comparecido em locais de trabalho nessas circunstâncias. Dentre eles, a maioria disse que pelo menos alguém percebeu a situação, e menos da quarta parte desconfiou da mesma. Sobre as atitudes tomadas pelos funcionários da empresa, o preconceito, a rejeição, a repressão e a demissão do usuário, foram constantes em ambientes de trabalho. Porém, a falta de comunicação (omissão) sobre a situação com o componente da amostra também foi relatada.

“Ah, no trabalho perceberam, né? Sem dormir com a cara de zumbi. Ah! Me davam um tipo de atenção, começaram a me dar outra, me olhar diferente, né? De baixo pra cima. Eu já também, sujo, barbudo, relaxado, evidente, né que tava acontecendo alguma coisa, eu sem ninguém. Torceram o nariz.” (MC36)

“E aí que comecei usar droga sem parar. Eu tava usando droga dentro da empresa, todo lugar com câmera, não tinha ponto cego e eu cheguei num estágio assim todo sujo, meu. Provavelmente alguém deve ter visto e passou um tempo e me demitiram.” (MC34)

Ainda dentro dessa parcela, somente alguns disseram ter recebido apoio do local de trabalho, porém este é o Programa Oportunidade de Trabalho (POT), voltado à população usuária de drogas.

“Já, no trabalho. Muitas vezes abandonei para fazer uso. Não é que alguém percebeu, lá eles tinham certeza, né? Até mesmo porque o DBA, o projeto, ele é um

programa voltado para essa população mesmo... usuários, ex-usuários e que estão em pleno uso da droga. Em pleno consumo e por ser de baixa exigência, eles têm, lógico, óbvio, tolerância com isso.” (MC41)

Do total da amostra, aproximadamente um terço dos voluntários da pesquisa disse não fazer uso de crack nesses ambientes, por não conseguir se manter em meio social sob o efeito da droga.

“Já... Cocaína eu já fui pra escola, encontro de família... Quando eu comecei no uso da cocaína, eu ia muito pras festas de família sob o uso de cocaína. Sempre! Só que aí, quando eu comecei no crack, ele não é social. Não dá pra frequentar... Do crack não, porque o crack, ele te isola, né?” (MC32)

“Olha, não que eu tenha ido, porque o crack ele é uma droga muito insocial, você não tem vontade de ir. Já teve vezes de eu estar em casa e chegar alguém, saca? E isso é muito ruim pra quem usa crack.” (FC34)

Menos da quarta parte dos entrevistados respondeu estar em ambientes familiares ou escolares sob o efeito do uso ou em recuperação do mesmo. Permitir o uso na casa dos pais, não comentar sobre o assunto ou mesmo não perceber a situação foi relatado pelos respondentes quanto às atitudes de seus familiares.

“Só uma vez que me pegaram de surpresa, me levaram pra casa e eu estava drogado. Depois disso foi só rejeição. Só rejeição.” (MC52)

“Em encontro de família já, mas, olha, eu quero acreditar que não, porque ninguém falou nada, mas com certeza sim.” (MC45)

O fato de não perceber ou estar omissos (alheios) à situação do aluno também foi apontado pelos respondentes quanto às atitudes tomadas por funcionários no ambiente escolar. Entretanto, alguns também relataram evasão escolar antes de alguém perceber tal situação.

“Os outros próprios alunos, professores também, né? De maconha já pegaram também, chamaram a polícia e me trouxeram pra outra escola aqui... Agora, do professor assim, vir falar de uso do crack não. Você só vê que eles ficam... Tem um monte de aluno, não tem só você. Você tá ali muito louco, viajando, a professora nem... tipo, como se ela te isolasse ali e deixasse você quietinho lá e continuava dando a aula dela, né? Eu percebia isso.” (MC34)

“Todos, né? Porque eu fazia o uso dentro da escola, dava uma paulada na escola e não conseguia ficar, né? Ia embora, eu ia ficar fazendo o que ali.” (MC29)

Até o momento da entrevista, a maior parte da amostra estava trabalhando registrada ou autônoma e menos da quarta parte estava desempregada.

Entre aqueles que se encontravam no mercado de trabalho, a maioria relatou ter empregos voltados à população usuária de drogas.

“Porque tanto o trabalho do dia quanto o da noite eu trabalho com população de rua, né?” (MC32)

“Trabalho com cento e oitenta dependentes no centro de acolhida. Faço acolhimento, porque é a minha vida. Não tem outra coisa que eu queira fazer, eu preciso contribuir pra elas. Não contribuir no sentido de tirar elas dali, mas fazer algo por elas, independente do que seja, porque precisa ter alguém ali, e por que não ser alguém que conhece? E muitos ali me conhecem da época que eu era usuário.” (MC42)

A maioria dos respondentes disse não contar sobre o uso de crack em nenhuma situação, apenas quando solicitado para ajudar outro usuário, sendo o único motivo apontado o receio (medo) de sofrer preconceito:

“Não. Ah, porque eles têm preconceito, né? Pra sociedade, usuário de drogas sempre vai ser usuário de droga, né? Nunca mais vai conseguir sair, ainda mais do crack, né?” (MC36)

“Quando eu vou pra algumas reuniões, eu não falo também de detalhes, mas sabem da onde eu vim. Então quando eu tô perto de alguém que eu não conheço, eu não vou falar, porque isso não tem uma aceitação social legal. Por exemplo, se eu tô num ambiente, se eu falar que eu fui preso, o primeiro celular que sumir lá, vão achar que é quem?” (MC39)

“Só quando alguém me pergunta. Não é um assunto que eu me orgulho. Pra que eu vou falar? Pra ficar numa situação de julgo? Não me vejo nessa necessidade de ser julgado pra ser aceito. Se você não me aceita, o problema é seu. Eu sei do que eu posso contribuir.” (MC42)

Mais da quarta parte disse não haver problema algum em dizer sobre o seu uso de crack no passado, sendo o único motivo quebrar preconceitos:

“Faço questão de contar, porque acho que, de certa forma, positivamente, eu posso influenciar alguém, eu posso servir de exemplo para alguém também. Hoje que eu não faço mais uso de nada, que eu estou abstinente já há 6 meses, né?” (MC41)

Quando perguntado aos componentes da amostra como as pessoas reagem ao saber sobre o seu uso de crack, todos os respondentes disseram ter sofrido preconceito, desconfiança ou sentimento de piedade em algum momento por essas pessoas.

“Esse momento, na recuperação, você passa sozinho, mas depois que você vê que a sua bola tá cheia, que você conquistou confiança, aí você não quer que ninguém enche sua bola.” (MC52)

“Hoje em dia não. Hoje em dia é normal, eu nem toco no assunto. Ah, no começo é aquele negócio, né? Fica meio desconfiado, né?” (MC36)

“Foi de estranhamento, porque às vezes, a pessoa te trata de forma diferente, mas, não necessariamente negativa. Às vezes isso intimida, sabe? Só porque você

foi um usuário de droga, tem aquele cuidado maior sabe? Mal assim eu não vi, mas com indiferença eu já vi.” (MC39)

Apenas após o processo de recuperação, metade dos componentes da amostra disse ter sido tratada com respeito.

“Não, não. Quando eu tava usando droga, sim. Tratava com indiferença, mas depois do processo de recuperação as coisas começam a voltar ao normal.” (MC34)

Entretanto, mesmo abstinentes, outra metade dos respondentes relatou ainda sofrer preconceito quanto ao fato de ter sido usuário de crack no passado.

“Nesses ambientes, seria no Narcóticos Anônimos, aí eu sou aceita como eu sou, né? Em outro ambiente, não. Nunca falo sobre isso. Química? Eu não uso a palavra crack nunca. Dependente químico e crack na mesma frase, nossa! Você nem pode ficar no lugar. Ah! Dependente químico, às vezes, eu falo que eu usava álcool! Teve uma situação assim que eu não me lembro exatamente qual, mas: “Qual o seu problema?” Eu bebo. Pra mim, louca do jeito que eu sou, já seria o suficiente. Só com álcool eu me fodo todinha.” (FC34)

“É negativa pela forma de muitos ficarem uma semana, dez dias sem usar e voltarem a usar, elas pensam que mesmo a gente com dez, vinte, trinta anos vai voltar a usar e dar os mesmos problemas. Então elas nunca confiam em nós e a maioria da sociedade taxa a gente pelo fato dos outros, né? Então é muito difícil isso.” (MC33)

Quanto à atitude esperada pelos entrevistados em relação a outras pessoas se inteirarem sobre seu uso de crack, menos da quarta parte da amostra respondeu respeito, compreensão e não ser julgado pelo próximo.

“Nunca te julgar como um ex-usuário. Te tratar normal, como qualquer cidadão deveria ser tratado.” (MC29)

“Acho que se desse pra você entender o que rola com o usuário, né? O que acontece, como é... pelo menos tirar suas dúvidas, né? Que você ficasse satisfeita e não com medo de mim, né?” (MC34)

Menos da quarta parte respondeu sobre a atitude que não esperaria mais acontecer, como o espanto de terceiros ao saber do uso de crack do entrevistado, o fato de sempre considerá-los usuários mesmos quando abstinentes, além da constante desconfiança.

“Não com espanto, né? Ou então desta mesma forma: “Ah então você foi usuário?” Marcar o que tem que marcar, mas não se espantar e ficar olhando pra cara da pessoa ou desconfiada.” (MC52)

“O certo é oportunidade. Simples assim. Mostrar quem é e muitos deles nem deixam a gente mostrar o que a gente é.” (MC33)

Uma minoria citou o acolhimento e o reforço positivo (admiração, surpresa) quanto à sua superação como atitudes que gostariam que outras pessoas tivessem ao saberem sobre seu uso de crack no passado.

“Ah, pra mim, assim: Você já usou droga, hoje em dia você se levantou, é a maior vitória. Tipo assim, pra mim é a maior satisfação, porque eu estou nesse ritmo.” (FC30)

Foi perguntado aos entrevistados se haveria alguma reação, pensamento (reflexão) ou sentimento de suas partes ao visualizar pessoas usando crack, maconha ou abusando de álcool.

Referente aos entrevistados presenciarem pessoas abusando de álcool, metade disse não ter reação ou mesmo algum sentimento ou reflexão sobre essa situação. Dentre essa mesma parcela, a maioria justificou tal fato ocorrer com frequência, e mais da quarta parte relatou não interferir e nem julgar o livre-arbítrio de cada indivíduo em relação ao uso dessa substância.

“Respeitar a situação dele. Quem sou eu pra julgar? Se ele comprou é dele e eu não tenho nada a ver com isso.” (MC42)

“Problema é dele. Se ele tá lá no cantinho dele, deixa ele. Às vezes ele tá comemorando um nascimento de um neto, de um bisneto. Às vezes ele nem bebe, foi um dia que deu vontade... Como que eu vou julgar uma pessoa? Ele faz o que ele quiser.” (MC29)

Entretanto, do total da amostra, mais da quarta parte relatou realizar abordagens ao usuário, apenas quando estes são amigos/conhecidos, no intuito de lhes oferecer ajuda ou quando estão muito alterados do uso. Refletir sobre seu uso de drogas no passado também foi relatado por essa mesma parcela.

“Ó, se for conhecido meu, porque eu usava na cracolândia, entendeu? E, tipo assim, eu cheguei passar por situação, na Conselheiro com um colega meu. Ele foi internado comigo, um senhor e ele era alcoólatra, né? E eu cheguei a dar conselho pra ele, entendeu? Mas conhecidos, tem alguns que eu já tentei ajudar, entendeu? Agora se eu não conheço, aí não tem ajuda, né?” (MC36)

“O meu trabalho me faz parar pra dar uma assistência, mas fora do trabalho depende. Se eu tiver sozinho, se a pessoa já tiver muito louca, eu sou obrigado a parar.” (MC32)

Referente ao fato de ver pessoas usando maconha, a maioria dos entrevistados relatou não se importar com esse tipo de cena, por ocorrer de forma frequente.

Mais da quarta parte relatou também fazer uso de maconha junto com essa pessoa, caso ela seja conhecida.

“Ah! Se eu não tiver um beque, eu já peço pra fumar também. A maconha pra mim é social.” (MC36)

“Se for um usuário de maconha depende a situação. Acho que primeiro eu ia no destino e parava só pra cumprimentar. Mas, aí, se eu voltasse e ele tivesse lá, pedia um trago. Provavelmente se fosse um amigo, né? Se for desconhecido não paro.” (MC34)

Sobre as pessoas usando crack, a maioria dos entrevistados respondeu manter-se afastada para evitar a recaída.

“Ah, eu evito passar perto. O cheiro ou me dá vontade ou me dá náusea. Não, é horrível.” (MC36)

“Evitaria. Isso evito, porque não preciso ficar me testando.” (MC34)

Mais da quarta parte disse refletir sobre seu uso de crack no passado.

“É, dá uma chocada sim, né? De repente eu vou até pensando: “P... que pariu, olha o bagulho? Daí a gente vai, pelo menos um pouquinho de tempo ali, eu acho que eu penso isso.” (MC34)

A abordagem ao usuário de crack foi citada pela minoria da amostra.

“O meu trabalho me faz parar pra dar uma assistência, mas fora do trabalho depende da situação... Se já tiver muito louco, eu sou obrigado a parar, se não tiver muito ainda eu brinco, falo alguma coisa.” (MC32)

“Normal. Naturalmente, tranquilamente. Vou passar perto dele, vou apertar a mão dele, vou dar um abraço, vou perguntar pra ele se ele não tem vontade de sair...” (MC41)

Dentre as três drogas estudadas, a maioria dos respondentes acha que a população em geral (sociedade) tolera mais os abusadores de álcool, em seguida usuários de maconha e, por último, usuários de crack. Dentre essa mesma parcela,

todos justificaram tal tolerância com o álcool por ser uma droga legalizada e seu uso como parte de nossa cultura.

“O álcool tá introduzido na família, né, meu? Todo mundo bebe! Droga legalizada e o governo arrecada muito com isso.” (MC36)

“Porque é normal beber, né? Então todo mundo bebe, todo mundo festa. Até tem lugar que serve cerveja grátis ou a carne grátis pra você tomar cerveja. Quantos botecos faz isso? Quantos pais de família levam pra dentro de casa? Aí o cara bêbado vai, cata uma faca, mata a mulher, aí é normal. Bate na filha, estupra, sei lá, mas tava em efeito de álcool, aí é normal.” (MC29)

“Porque o álcool é algo que tá na cultura há milênios, né? A recreação com o álcool.” (MC45)

Entretanto, mais de um terço dos respondentes disse que usuários de maconha são mais tolerados pela população em geral que os alcoolistas. O fato do usuário não aparentar que fez uso de maconha foi a única justificativa apontada por eles para tal tolerância da sociedade.

“Então, porque primeiro que a maconha tem mais tolerância, devido ao resultado do uso. A maconha, ela é a que menos você vai incomodar o próximo, vamos dizer assim. É difícil alguém perceber que você usou.” (MC29)

Todos os entrevistados disseram que a população em geral (sociedade) não tolera usuários de crack. A falta de informação a respeito dessa população e a aparência física do usuário foram apontados por eles para tal intolerância.

“Todos os grupos condenam o crack, mais que a maconha e o álcool. Simplesmente por ignorância.” (MC42)

“Agora, o crack é uma coisa que agride a pessoa e quem tá vendo aquilo ali, porque você tá vendo o cara ali há cinco dias sem tomar banho, num padrão de uso

frenético, caçando o que ele não perdeu, sabe? É um surto psicótico. O crack, ele promove um surto psicótico em um curto período de tempo, que é o tempo que a droga tá fazendo efeito.” (MC45)

Dentre as três drogas estudadas nessa pesquisa, todos os respondentes acham que a população em geral (sociedade) discrimina esses três usuários.

Todos os entrevistados acham que usuários de crack são os mais discriminados pela população em geral. A aparência física foi justificada pela maioria da amostra, além de mais da quarta parte mencionar envolvimento em atividades ilícitas por esses usuários.

“Crack, e o menos é a maconha. Pra sociedade, o que um usuário de crack traz é isso né, meu? Montar as maloca deles na rua, aí você tá no uso abusivo, perde familiar, perde casa, perde tudo... E pra sociedade vira meio que um estorvo, né? No meio da calçada, no meio da praça, entendeu? E aí, acho que é por isso que o pessoal faz esse estigma. As pessoas falam que parece aquele jogo do zumbi lá, então algo que você vê que é mais pelo estado físico das pessoas, mais por eles estarem fedendo, estar no meio da calçada... Mais pelo que ele tá vestindo do que pelo que ele é. Eles não conseguem enxergar o ser humano, eles enxergam aquela casca que tá por fora do ser humano.” (MC32)

“Condição, o nível animal, aparência física mesmo. Você olha pra um usuário de crack e você vê que o cara usa droga, não importa se ele não tá usando naquele momento. E a gente sabe que o usuário de crack rouba, porque da doença ele só precisa de mais uma, né? O cara tá sempre numa delinquência, a imagem da sociedade é sujo, fedido, descabelado, piolhento, doença venérea, aids, sífilis, nossa véio!” (FC34)

“Ah, do crack, né? Porque do crack, eu conheci pessoas que ficaram ruim mesmo, entendeu? Pessoas que faziam maldade por causa do crack, entendeu? De roubar a pessoa e machucar a pessoa... Então, geralmente, usuário de crack, quando

ele vai fazer essas coisas assim: furtar, roubar, ainda mais aqui, eles são agressivos, entendeu? Eles quebram vidro de carro, entendeu?” (MC36)

“Mais discriminado? O crack. Acho que é mais pela imagem.” (MC42)

Em relação aos usuários de maconha, metade da amostra relatou ser o segundo grupo mais discriminado. A ilegalidade da droga e a falta de informação a respeito da mesma foram motivos apontados pelos entrevistados para tal discriminação.

“A maconha em segundo, por ela ser proibida pela lei, pode ser preso, então essa é uma preocupação pra família a mais de você ser preso e o preconceito na sociedade é muito grande também, né? Pode te privar de várias situações e oportunidades, é uma parada que ainda é meio enrustida, né? Você só vai descobrir que a pessoa fuma num ambiente, numa situação comemorativa, dependendo da situação, né? O álcool tá em terceiro... o álcool é algo normal no Brasil, é a droga legalizada mais usada em família, mais do que o crack, mais do que a maconha, mais do que tudo. Mata muito no trânsito, mais do que assassinato, do que latrocínio, de tudo, né?” (MC29)

“Porque o crack, a pessoa já vai estar no estágio final, né? A pessoa que vê você no crack, já... “Vish! Esse daí já é nóia!” Então, quando tá na maconha, ele tá entrando pra noísse né? Ele é o novato da nóia. Então é o jovem aprendiz do “crackudo”, daqui a uns dias vai tá como? Então é mais ou menos isso que a sociedade vê, né? O que é triste, porque não se compara um maconheiro com um “crackudo”. E nem alcoolismo com maconheiro. São totalmente diferentes as três drogas, então não tem como comparar. O álcool e o crack são destruidores, a maconha não. Ela é construtiva.” (MC29)

“Porque existe muito preconceito em cima disso, essa coisa do: “Ó, não aceita bala dentro do cinema que pode ter maconha...” Eu ouvi minha avó falando isso pra mim quando eu era criança. É coisa do senso comum que vai passando tradicionalmente pelas relações, o que vem sendo quebrado nas gerações. E o álcool,

porque ele é um padrão de consumo humano, né? Dois mil anos antes de Cristo todo mundo já bebia.” (MC45)

A outra metade dos respondentes apontou os abusadores de álcool ocuparem este segundo lugar. A legalidade da droga e o comportamento inadequado do usuário sob o efeito da mesma foram os motivos apontados para tal discriminação em relação a essa população.

“Então, porque o álcool é uma droga legalizada, lícita, né? E causa muitos prejuízos pra família, sociedade, acidentes... A maconha é uma droga supostamente leve...” (MC34)

“Porque o alcoólatra incomoda muito. Muito espalhafatoso e fica ou muito alegre de ficar chato ou fica agressivo.” (MC41)

5.4.9 Sobre busca de informação a respeito do tema

Quase todos os entrevistados disseram ter mudado de opinião em relação ao uso de crack e outras drogas após sua experiência com a mesma e através da busca de informações.

Nunca ter se imaginado dependente de crack e nem mesmo permitir-se sofrer danos provocados por esse uso foi relatado pela maioria, após a vivência dessas situações. Até o momento da entrevista, esta mesma parcela disse ter aversão ao uso de qualquer droga.

“Quando eu olhava assim pra mim, meus pés eram desse tamanho, vermelho, inchado, carniçado. Nunca pensei chegar nesse ponto. Eu saí de tudo, porque isso já não é mais pra mim. Não cabe mais pra mim. Não faz mais parte da minha vida.” (FC30)

“Quando eu usava, achava a melhor coisa do mundo, depois do medo da morte agora eu abomino.” (MC42)

Menos da quarta parte disse ter aprendido, através de sua vivência, a não julgar outros usuários e ser mais compreensivo com essa população.

“Ah, mudou bastante de quando eu era mais novo, né? Ainda mais de quando eu não usava, né? Mudou bastante. Minha opinião abrange mais coisas, antigamente era mais seco, né? Hoje sou mais compreensivo. Eu quero saber mesmo, né? Não é já sair julgando... Eu quero, pelo menos da minha parte, ter certeza ali do que vai rolar, né? Não saio discriminando assim não.” (MC34)

“Ter passado pela doença, ter sofrido o flagelo de ser uma pessoa adoecida pelo uso de substância e tá sóbria hoje mudou, porque se eu não tivesse sóbria eu não consigo contar um e um, eu fico com uma linha de raciocínio de nada e hoje eu entendo mais essas pessoas.” (FC34)

Entretanto, do total da amostra, uma minoria declarou, mesmo após sua experiência com o uso de crack, manter a mesma opinião. Não aceitar, já no passado, o uso de drogas ou por não julgarem os usuários, mesmo quando o respondente ainda não havia vivenciado essa experiência.

“Acho que é essa a mesma opinião, entendeu? Porque eu não criticava, sabe? Eu via amigos, eu não maltratava e nem nada, entendeu?” (MC52)

“Acho que eu sempre tive essa opinião, até de classificar mesmo, o crack é muito pesado. Tipo, uma parada que todo mundo tem que ter vergonha disso... tenha vergonha de fumar crack, que não é digno, é o fundo do poço, decepção pra família, é mentira, entendeu? E a maconha é amizade, o álcool é cultural, eu adoro tomar cerveja, gosto de dar um golinho numa cachacinha mineira.” (MC36b)

Quase todos os entrevistados disseram buscar informações a respeito do tema uso, abuso ou dependência de crack e outras drogas.

Dentre aqueles que se interessaram pelo assunto, a maior parte respondeu buscar informações na internet e mais da quarta parte buscou conhecimento em livros e cursos voltados ao tema.

“Faço bastante curso. Fiz um agora sobre álcool e drogas e a gente sempre tá buscando algo que venha trazer alguma coisa em cima disso, né? Ler livros e tudo mais, pra gente tá sempre por dentro. Não que algum deles vai fazer eu mudar minha opinião, porque acho que não tem como eu mudar o que eu vivenciei, por isso muitas vezes eu bato de frente com coisas que eu não acredito, mas tenho que aprender a entender, entendeu? Porque eu acho que o que vive mais em mim é a minha vivência, entendeu? Eu vejo bastante internet. Coloco lá no youtube lá, coloco ‘tabu’, ‘reportagem sobre drogas’ e vou vendo.” (MC32)

“Ah já busquei sim, com internet mesmo, né? E já busquei sobre drogas em geral, em uns livros também que eu cheguei a ler quando eu era adolescente, sobre os efeitos das drogas e tal. Eu tinha essa coisa também de ler sobre revista que fala sobre maconha. Eu tive interesse nisso, porque eu não tinha essas informações. Mas a gente aprende mesmo é na rua. Lá não tem teoria não, é o que tiver acontecendo na hora.” (MC36)

Profissionais da área da saúde, literatura do Narcóticos Anônimos e notícias em jornais televisivos também foram fonte de informação para menos da quarta parte. Somente alguns disseram se informar através de revistas/jornais, palestras ou pelas próprias vivências.

“Assisto notícias na TV, já assisti palestras, o NA e, tipo assim, já procurei muitas coisas, né, meu? Psicóloga...” (MC36)

“Meu primo, ele é enfermeiro de saúde mental, eu procuro saber muito sobre isso. Vou em palestras.” (MC33)

Do total da amostra, uma minoria disse não buscar esse tipo de informações, sendo os únicos motivos apontados a própria experiência ser o suficiente ou o fato de não querer mais contato nem com o assunto “drogas”, como segue exemplo abaixo:

“Não, porque a gente já viveu a realidade. O que vale é o nosso sofrimento.” (FC30)

“Não, porque não quero mais saber de droga e nada sobre droga.” (MC52)

Todos os entrevistados disseram conversar com amigos sobre o uso de crack e outras drogas, sendo este diálogo necessário para troca de informações e experiências.

“Direto. A gente troca as experiências, né? Eu tenho amigos que já foram usuários também pesados e hoje não usa mais, né? A gente comenta sobre, como a gente deu a volta, que aquilo não é pra nós, uns par morreu nessa daí, meu. Mas a gente tá vivo aí, né?” (MC36a)

“Muito, porque a gente precisa entender como, o porquê que eu usei droga, né? Acho que essa é a grande sacada, entendeu? Porque quando eu comecei a usar droga não sabia nada.” (MC34)

Entretanto, somente alguns disseram conversar apenas com amigos inseridos no contexto de uso, abuso ou dependência de álcool e outras drogas, como alguns exemplos abaixo:

“Conversamos, porque eu faço encontros, né? Faço terapia em grupo, então sempre estamos conversando, mas converso só lá ou com quem já usou.” (MC52)

A maioria dos respondentes disseram não conversar sobre o tema “uso, abuso ou dependência de crack e outras drogas” com seus familiares, por eles não permitirem tal assunto entre família.

“Não precisa nem conversar, né? É eles que têm que ver a minha recuperação, e por muitas das vezes eles não aceitam e nem querem saber, conversar...” (MC33)

“Mas com a família é bem menos. Eu converso bem menos com a minha família sobre isso, é raro. Como ficou aquele negócio do passado, a gente tenta esquecer. Eles ficavam incomodados, entendeu, quando eu tentava comentar.” (MC36a)

Aproximadamente um terço dos componentes da amostra conversam sobre este tema com seus familiares, com o objetivo de informar e quebrar preconceitos a respeito dessa população usuária de drogas.

“Sim, normal. Exatamente porque todo mundo tem que ficar atento. Então, desde os meus filhos até com mãe, sempre tem que estar falando e tanto é pra passar esse negócio de não querer julgar sem saber, né? Então acho que é necessário o conhecimento.” (MC29)

“Eu converso um pouco com o meu pai pra quebrar esse estigma de maconheiro, vagabundo, drogado. Sobre o crack também eu converso, porque eu exponho o meu ponto de vista, né? Na hora das refeições, tamo assistindo televisão passa uma reportagem, é quando aborda mais o assunto, entendeu? Droga é uma particularidade, né, meu? Meu pai já trata o assunto diferente.” (MC36)

Quase todos os entrevistados disseram ter algo para acrescentar a respeito do que foi discutido nessa pesquisa. Dentre eles, metade relatou sofrer situações de preconceitos enquanto usuários e mesmo quando abstinentes.

“Ah, preconceito eu sofri muito no uso, né? Isso daí não tem como a pessoa não sofrer, né? São marcas que, tipo assim, eu lembro do passado do uso da droga do crack pra poder fazer tudo diferente agora, entendeu? Hoje olho antes, pra fazer o caminho de agora, porque foi muito sofrimento, entendeu? As marcas que ficam machucadas, entendeu? As humilhações, as agressões, que às vezes nem agressão física, mas é verbal, entendeu? Isso daí é pior que física, você está entendendo? Como de amigos, sabe? Às vezes da família ou dos outros da rua, você está entendendo? De chamar o ser humano de nomes pesados, então isso mata muito, você está entendendo?” (MC36a)

“As pessoas querem criar esses ‘mi mi mi’, querem falar que é culpa disso, que é culpa daquilo, sendo que a culpa tá em quem governa o país. Então, acho que a descriminalização seria muito bom, tanto pra você também não sofrer preconceitos. Pra um usuário que faz um uso mais leve de maconha não ter vontade de voltar pro

crack, entendeu? Porque a pessoa tá sofrendo uma discriminação, tá aquele preconceito ali no pé dele. Atormenta.” (MC29)

A outra metade acrescentou outros pontos importantes para a pesquisa a respeito do tema em discussão, como melhores tratamentos e a falta de credibilidade em pesquisas e políticas públicas.

“Falar a respeito de algumas modalidades de tratamento, mobilidades e caminhos pra desconstruir aquilo que tá socialmente construído, de que a pessoa só vai tá bem se for internada, a pessoa só vai tá bem se pagar a clínica do L..., só vai estar bem se for pro CAPS Ad... Isso é mentira!” (MC39)

“Hoje eu me sinto bem em qualquer lugar. Mas já houve, né? E, principalmente da época de uso, a discriminação, né? “Olha o nóia ali!” Mas agora que vivo em recuperação já um bom tempo, não tem essa discriminação não, mas hoje né?” (MC45)

Menos da quarta parte dos entrevistados relatou a importância da família na recuperação do usuário e a necessidade de receber apoio durante o uso e a recuperação do usuário.

“Ter mais família, né? Se apegar mais à família, né? Eu acho isso muito importante, entendeu? Porque a família, ela é fundamental no tratamento dele como ex-dependente químico. No tratamento e pós tratamento, entendeu? Que a família é fundamental no tratamento e no pós tratamento, entendeu?” (MC36a)

“Eu não escondo nada de ninguém, porque agora tenho minha família, tenho minha casa, então tô pouco me lixando pra opinião dos outros, mas eu queria que isso fosse antes também né? Então não precisava chegar nesse ponto. Mas agora eu tive que mostrar que eu tive uma saída. Tenho uma vida melhor, pra mostrar que eu tenho chance. Eu acho que não, acho que a pessoa precisa de ajuda quando tá lá na hora, né? Não depois que você tá bem.” (MC29)

“Só quem me acolheu foi Deus, Narcóticos Anônimos, padrinho e serviços na irmandade. Dentro de casa não. É muito importante esse apoio.” (MC33).

Estigma e preconceito em relação a usuários de drogas são fenômenos sociais mundiais (Peluso, Blay, 2008; Sarang et al., 2010). A rejeição social ao uso de droga é tão enraizada na sociedade que chega a ser maior que aquela dirigida a outras condições psiquiátricas, como depressão e esquizofrenia (Shomerus et al., 2011). São percebidos socialmente como pessoas incapazes de auto-controle e responsáveis pelo seu próprio comportamento (Corrigan et al., 2009), percepção essa que pode afetar o processo de recuperação e reinserção na sociedade.

Para Link et al. (2001), estigma e preconceito são explicados pelo poder de relações em diferentes ambientes, os quais têm implicações em vários níveis.

Em geral, é a somatória de vários estigmas e preconceitos que se sobrepõem, gerando barreiras sociais quase intransponíveis para o usuário de droga (Mora-Ríos et al., 2017).

Os achados deste trabalho demonstram a existência do estigma nos três grupos estudados (álcool, crack e maconha), embora com diferentes graus de gravidade. Várias áreas fundamentais da vida do entrevistado foram afetadas pelo estigma gerado contra eles. Porém, importante destacar que, com exceção do grupo maconha, os outros dois pertencem às classes sociais mais baixas. Segundo Hartwell (2004), há condições que estigmatizam ainda mais, e uma delas é a pobreza. Isso quer dizer que muitos dos entrevistados têm estigmas sobrepostos, piorando ainda mais sua condição na sociedade.

Outra situação que agrava o estigma é o gênero. Mulheres são geralmente objeto de maior estigma do que homens, por transgredirem normas (Aston, 2009). Nesse caso, vivem o que Copeland (1997) relaciona como dupla ou tripla estigmatização, levando à exclusão social.

Tratamentos

O estudo sobre a Carga Global de Doença, de 2015, mostrou uma melhora da saúde global entre 2005 e 2015. Porém, houve um aumento em mais de 20% de transtornos causados pelo uso de drogas (Ahmad, 2015). Dessa forma, o uso de droga tem sido considerado um importante contribuinte para a carga global de doença

(Degenhardt, 2013). Pessoas que usam drogas estão em risco de sofrerem danos relacionados a elas e à via de administração, ex: infecções, overdose, morte, e ainda com maior risco de contrair HIV, hepatite B e C e outras patologias (Hope et al., 2016; McNeil et al., 2016).

Com esse quadro de doenças possíveis, usuários de droga são mais prováveis de estarem presentes em unidades de emergência e serem admitidos para internação em hospitais (Doupe et al., 2012; Hardy et al., 2018). Entretanto, a despeito desse complexo desafio de saúde, os usuários de droga enfrentam barreiras para acessar e receber cuidado compatível, incluindo rejeição/estigma, partindo do profissional de saúde (Lloyd, 2013; Mincin, 2018).

Infelizmente, quando usuários de droga procuram ajuda, sofrem discriminação no ambiente do cuidado à saúde, recebendo um atendimento com baixa qualidade. São vistos pelos profissionais de saúde como os pacientes mais difíceis, desagradáveis e sem retorno (McLaughing, Long, 1996). Essas visões negativas ocorrem, pelo menos parcialmente, devido ao senso comum entre os profissionais de saúde, de que o abuso de drogas e álcool é um problema auto infligido, que os usuários têm sérios problemas de caráter e o resultado do tratamento é pobre (Luoma et al., 2014). As atitudes estigmatizantes dos profissionais de saúde em relação aos usuários de drogas funcionam como barreiras na busca de tratamento (Bolton, 2003).

Considerando os dados coletados através dos discursos dos entrevistados participantes deste estudo, pode-se identificar os seguintes fatos, que denotam a presença de estigma (Tabela 3).

Tabela 3. Frases retiradas dos discursos dos entrevistados como indicativos de estigma na busca de tratamento

Grupo	Locais de tratamento	% de entrevistados que sofreu estigma	Estigma
Maconha	Não buscou tratamento	100% dos entrevistados desse grupo não procurou tratamento	Não buscou tratamento
Álcool	Hospitais, CAPS AD, comunidades terapêuticas etc.	20% da amostra	<ul style="list-style-type: none"> - Desmotivação da equipe de saúde para atendê-los - São considerados incapazes - Reforçam o fracasso de não cessar o consumo - Falta de respeito
Crack	CAPS AD, Comunidades terapêuticas, Clínicas e outros locais	50% da amostra	<ul style="list-style-type: none"> - Sofreram maus tratos - Não ser considerado - Medo do usuário - Ódio do usuário por usar crack

Fonte: Própria autora.

Apesar da amostra não ser representativa, nota-se uma “escala” de porcentagem de usuários que buscam tratamento, dando uma ideia de grandeza dos danos causados por cada grupo o que possivelmente está diretamente ligado ao estigma gerado à sociedade, ou seja, quanto maior os danos, mais “pesada” a droga, maior o estigma.

Partindo-se dessa suposição, é interessante verificar que 100% dos usuários de maconha não buscou tratamento, sinalizando que o estigma nesse grupo é diminuído.

O movimento forte de “legalização” do uso da maconha, não só no Brasil, mas em todo o mundo, têm afetado o status da droga (Brandão, 2017). Somam-se a esse fato as inúmeras ações terapêuticas dos princípios ativos da maconha em várias patologias, o que resultou na “maconha medicinal” (Carlini, 2010).

Hoje em dia, a maconha tem uso legalizado como medicinal em vários países e seu uso recreativo já é possível em alguns locais como Uruguai e Canadá. Nesse contexto, o consumo da maconha deixa de significar uma grave transgressão e o estigma de “maconheiro”, sinalizado por Velho (1981) como sendo uma “categoria de acusação social”, vem se dissolvendo (Brandão, 2017).

Dentre as entrevistas coletadas, os discursos dos entrevistados revelam que os usuários de drogas são avaliados e estigmatizados de modos diferentes, dependendo do tipo de substância que utilizam, inclusive entre eles próprios. Aqueles que usam crack sofrem outra discriminação, maior e mais intensa. Bard et al. (2016) demonstram bem essa afirmação com a fala de um profissional de saúde de um CAPS AD:

“Tanto é que, quando eles se apresentam em grupo aqui no CAPS, o usuário de álcool diz ‘eu uso álcool, só álcool’, quer dizer ‘eu sou melhor que aquele que usa crack, porque eu só uso álcool’”.

Dessa forma, o crack diferencia-se dos outros grupos em termos de *status* de estigma, indicando, de acordo com os entrevistados que, no caso dessa droga, há uma gravidade maior que as outras.

Desde sua entrada no país, por volta do início da década de 90 (Dunn et al, 1996), o crack tem sido motivo de vários olhares: científico, jurídico, moral, médico etc. Todas essas vertentes têm considerado essa droga como extremamente danosa ao indivíduo que a utiliza.

O seu consumo tem sido associado a alguns estigmas, como: criminalidade, marginalidade e violência, o que gera medo nas pessoas que lidam com esses usuários, predominando uma identidade estigmatizante de marginal, vagabundo e violento. Fato que explica o medo, atribuído ao profissional de saúde pelos entrevistados deste estudo, como uma barreira ao tratamento (Bard et al., 2016).

O álcool é considerado a droga que mais danos traz a quem a consome abusivamente (Thor et al., 2017). É sabido que, além da dependência, outros comportamentos preocupantes podem resultar do uso abusivo do álcool, como violência, problemas crônicos e agudos, acidentes de trânsito etc. (Unsworth and Mathias, 2017).

Porém, apesar desse leque de problemas, há uma tendência do usuário em apontar o crack como droga muito “mais problemática” que o álcool, tanto assim que acreditam que o crack mereça mais atenção. Isso se dá porque a percepção ou danos relacionados ao problema do uso de álcool ou outras drogas está associada à maneira

como a sociedade encara esse problema (Room, 2006). A percepção social como a sociedade encara essa situação, influenciará no peso do estigma que esse usuário vai carregar (Neves, 2004). O álcool, por ser uma droga lícita, a sociedade acaba por classificar os seus consumidores entre os que fazem “uso social” e os que são “dependentes”. O estigma, dessa forma, não parece ser dirigido à droga, como no caso do crack, mas ao usuário que faz uso problemático do álcool, sendo, nesse caso, um estigma carregado de conotações morais.

Os participantes deste estudo revelaram um desinteresse por parte dos profissionais de saúde em tratá-lo, o que pode estar ligado ao julgamento que esses profissionais fazem de que o álcool é um vício ou fraqueza de caráter (Ronzani, Furtado, 2010).

Essa premissa leva à desmotivação da equipe profissional, a não credibilidade no usuário em sua vontade de cessar o consumo e a considerá-lo um fracassado. A forma de abordagem dos usuários, influenciada por tal visão, e o tratamento direcionado a essa pessoa problemática, deve focar no “mau hábito” e no comportamento “desviante” dessas pessoas. Essa maneira de condução de um tratamento acaba por reforçar a perspectiva moralizante, e ainda facilita a internalização desse estereótipos e estigmas atribuídos ao usuário de álcool, comprometendo sua *performance* no tratamento (Ronzani, Furtado, 2010).

Família

A instituição familiar é considerada um dos elos mais fortes que interfere no consumo de drogas de jovens, podendo levar ao uso abusivo de álcool e drogas ou atuar como importante fator de proteção (Paiva, Ronzani, 2009). Essa atuação ambígua da família, diante do consumo de drogas por um seu membro, é nitidamente percebida nos discursos dos entrevistados desta pesquisa quando se referem às atitudes dos pais, no momento que descobrem o uso de drogas pelos filhos. Relataram três estilos principais: os que ignoraram o uso de drogas pelos filhos, os que tiveram uma reação violenta e punitiva, chegando a expulsar o filho de casa e por final, aquele que tentou um diálogo no sentido de entender o problema do filho.

No que se refere a esses estilos parenterais, os mesmos tiveram os seus primeiros estudos na década de 70 com Baumrind (1971), que definiu três estilos: com autoridade, autoritário e permissivo. Mais tarde, na década de 80, McCoby e Martin (1993), a partir dos estudos de Baumrind (1971), redefiniram esses estilos em função de duas dimensões subjacentes: a exigência (controle) e o apoio (afeto). Os estilos parenterais que surgiram, como resultado dessa combinação, são os mesmos de Baumrind (1971), com a diferença de que o estilo permissivo foi desmembrado em dois: o negligente e o indulgente. Assim, pais e mães *autoritários* possuem muita exigência e pouco afeto, os *com autoridade* fazem muita exigência e ao mesmo tempo são envolvidos afetivamente com seus filhos, os *indulgentes* estabelecem pouco controle e são muito afetivos e, por último, pais e mães *negligentes* são permissivos e indiferentes, com baixo grau de controle e afeto para com os filhos.

Esses estilos são identificados nas falas dos entrevistados e parecem estar ligados à droga consumida, ou seja: os pais com filhos que consumiram crack mostraram-se **autoritários**, ou seja, provocaram discussões, sendo que alguns expulsaram seus filhos de casa ou os internaram à revelia, demonstrado pouco entendimento do que se trata uma dependência. Com esse comportamento, reforçaram os estigmas que a sociedade habitualmente dirige a usuários de crack e deixaram claro que entendem que o abuso de droga é uma falha de caráter, uma decisão do usuário. Por outro lado, no caso de maconha, os estilos predominantes foram os **permissivos indulgentes**, ou seja, preferiam “ignorar” o consumo da droga pelo filho e, dessa forma, preservar uma relação de afeto que, na análise dos discursos, parecia ser o mais importante. Mas também, destaca-se o **permissivo negligente**, ou seja, aquele que ignora por não existir preocupação, nem interesse e afeto. Por final, no caso do álcool, predomina os pais **com autoridade**, que conversam com o filho, estabelecendo regras de comportamento na tentativa de ajudá-lo.

Novamente, percebe-se uma hierarquia de intensidade de resposta ao consumo de droga feito por um membro da família, pautada no estigma que a sociedade impõe a cada uma das drogas estudadas neste trabalho. O consumo de maconha provoca uma reação mais tolerante da família, ao passo que o consumo de crack desperta a ira e o desespero da família, levando-a a atitudes mais extremas.

Considerando que o álcool é a droga com maior potencial de danos (Hughes et al., 2019), e a resposta dos pais a esse consumo, de acordo com as entrevistas, não foi tão intensa, o que nos permite deduzir que a reação dos pais é movida muito mais pelo preconceito e estigma proveniente da sociedade da qual eles fazem parte, do que por um conhecimento mais aprofundado dos problemas causados pelas drogas em questão.

No II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo CEBRID (2010), 21% dos entrevistados avaliaram como um risco grave consumir Álcool duas a três vezes por semana e essa porcentagem aumenta para 92%, quando o consumo é diário. No caso de Maconha, 43% considera o consumo de Maconha duas a três vezes por semana um risco grave, sendo que o consumo diário é considerado grave por 92%. No caso de crack, essas porcentagens são 70% e 97%, respectivamente.

Esses resultados, obtidos pelo CEBRID, reforçam a afirmação de que a reação das pessoas tem como insumo o estigma dirigido a cada droga, tanto assim que o crack se apresenta para a população como a droga com maior poder de danos, até maior que o álcool. Porém, nota-se que o senso comum, verificado no Levantamento, atribui à maconha um peso maior de dano do que ao álcool, fato não revelado por este estudo. Uma hipótese para essa diferença seria o *status* atual da maconha ter sido alterado em função das suas propriedades medicinais, episódio ainda pouco explorado em 2010, época em que o Levantamento foi executado.

Esses resultados demonstram que a intensidade do estigma atribuído às drogas pela sociedade é absorvida pela família que desencadeia suas ações, baseadas nesses fatos.

Alguns autores atribuem a esse estigma, oriundo da família contra seus membros usuários de drogas, como extremamente danoso para a saúde mental desses usuários, agindo contrariamente ao esperado, ou seja, contribuem para um aumento do consumo de drogas (Chavez, Sanchez, 2010; Fisher et al., 2017).

Marchi et al. (2017) concluíram que, em função do estigma da droga, famílias de usuários de crack são muito pouco conectadas, com laços de afeto rompidos entre

os membros, gerando desarmonia, discussões e violência, contribuindo para um aumento das barreiras que impedem a ressocialização.

Escola

No que concerne o presente estudo, o primeiro contato com as drogas estudadas ocorreu na adolescência, corroborando com dados obtidos a partir de levantamentos nacionais (Carlini et al., 2005; Andrade et al., 2010; Carlini et al., 2010; Laranjeira et al., 2012) que demonstraram a prevalência de uso de drogas lícitas e ilícitas entre os jovens.

O que justifica esses primeiros contatos com o álcool e outras drogas na adolescência é devido ao fato de que durante esse período as estruturas cerebrais responsáveis pela percepção temporal e pelo controle de impulsos estão ainda em amadurecimento (Bessa et al., 2011), além de uma série de anseios que surgem no meio social em que vive.

A satisfação imediata, proporcionada pelo uso dessas substâncias, vem ao encontro do comportamento impulsivo e do imediatismo, muitas vezes presentes nos jovens dessa faixa etária. Tal fato, somado às transformações físicas e psíquicas (Zavaschi et al., 1998) e aos conflitos com o meio familiar e social (Aberastury, 1983), acaba por aprofundar a vulnerabilidade inerente a essa população específica (Portela et al., 2015).

No presente estudo também foi observado adolescentes sob o efeito dessas substâncias ou fazendo uso das mesmas dentro de ambientes escolares.

No entanto, o estigma em torno do uso de substâncias pode criar barreiras para esses jovens procurarem ajuda, professores abordar o tema e as escolas promoverem esforços de resposta construtiva (Welsh et al., 2018).

Ao demonstrar uma ligação clara entre a educação sobre drogas e o estigma, o estudo realizado por Meehan (2017) identifica uma lacuna palpável no conhecimento sobre os efeitos da educação sobre drogas e o potencial para estigmatizar, com aplicação prática e consequências para aqueles que usam drogas. O autor ainda

afirma a necessidade urgente de formar professores como provedores de educação sobre drogas.

Em ambos os grupos (álcool, maconha e crack) também foi observado atitude repressiva como expulsão do aluno, falta de comunicação (omissão) com os mesmos e informar aos seus pais sobre o uso de substâncias por parte de educadores.

Portanto, referente ao estigma estrutural, quando há a educação sobre drogas nas escolas, a abordagem utilizada é repressiva e baseada no medo, porém ineficaz e pode estigmatizar pessoas que fazem uso delas. Além disso, os jovens que já estão experimentando drogas relatam sentimento de ostracismo e esse estigma fornece barreiras para acessar o apoio e aconselhamento sobre o uso de drogas (Meehan, 2017).

Como foi relatado no presente estudo, a falta de acolhimento e atitudes repressivas, apontadas pelos entrevistados, foram as causas da evasão escolar, assim como afirmam Portela et al. (2015), ao avaliarem a inadequação da escola para acolher esses adolescentes e auxiliá-los na superação dos conflitos vivenciados. Estudo realizado por Araldi et al. (2012) menciona a fragilidade das escolas participantes da pesquisa, já que essas instituições contavam com poucas estratégias de prevenção do uso de drogas, sem apresentar, em seus projetos político-pedagógicos, diretrizes claras de abordagem da temática. Além disso, os autores veem a naturalização de noções do senso comum como elemento reforçador do caráter estigmatizante e do preconceito com relação aos alunos que usam essas substâncias.

Refletindo a ampla Guerra às Drogas, a educação, sobre o tema nas escolas, pode retratar pessoas que usam drogas em uma capacidade negativa e transmitir estereótipos e conotações que evocam preconceitos. Como Chomsky (1998) esclarece, "a guerra às drogas é um esforço para estimular o medo de pessoas perigosas de quem temos que nos proteger".

A pessoa estigmatizada, ou grupo de pessoas, é rotulada como diferente. As normas e valores dominantes da sociedade vinculam a "diferença" à indesejabilidade, muitas vezes na forma de "periculosidade" ou como "contagiosa", o que pode levar a estereótipos negativos desses jovens (Link, Phelan, 2001).

Dado esse estigma associado ao uso de álcool e outras drogas e à consequente condenação social e discriminação (Young, 1971), os jovens relutam em expor seu uso de substâncias e procurar ajuda (Merkinaitė et al., 2010).

Porém, estudos prévios mostraram que professores compreendem a relevância do tema, mas tendem a não assumir essa tarefa, alegando falta de conhecimento teórico e de acesso a informações sobre o assunto, além de medo de sofrerem represálias tanto de alunos, pais como de traficantes do entorno escolar. (Araldi et al., 2012; Nascimento et al., 2012).

Porém, atitudes negativas formadas durante esse período provavelmente continuarão até a idade adulta, portanto, devem ser desafiadas ou reparadas, caso contrário estas podem levar a práticas preconceituosas e discriminatórias em relação a certos grupos de pessoas, tendo como consequência a exclusão social (Goffman, 1978; Hatzenbuehler et al., 2013). Portanto, é plausível sugerir que atitudes estigmatizantes em relação a certos grupos podem se originar em idade precoce e jovens em idade escolar podem ser particularmente suscetíveis.

Segundo um estudo realizado por Perez et al. (2018), com o objetivo de avaliarem as atitudes dos professores do ensino fundamental e/ou do ensino médio quanto ao uso de substâncias psicoativas, os resultados mostraram a indiferença dos professores sobre o assunto, corroborando com o presente estudo em que houve omissão por parte dos docentes perante tal situação em ambos os grupos (álcool, maconha e crack). No entanto, pouca pesquisa foi feita sobre atitudes dos professores nessa área (Broadus et al., 2010), e uma vez que as atitudes do educador tenham sido verificadas, o treinamento para educadores pode ser desenvolvido com base nas atitudes predominantes (Kieser, 2015).

Os educadores também relatam uma sensação de desamparo e desesperança ao lidar com estudantes que usam álcool e outras drogas, além de verem esses jovens como condenados, não importando o que o professor possa fazer (Salm et al., 2011).

A preocupação com a falta de domínio à abordagem ao tema no contexto escolar é frequentemente relatada por educadores em diversos estudos. (Nader et al., 2013; Rigg, Menendez, 2018). Ademais, destaca-se a falta de uma política pública integrada que possibilite ações de prevenção longitudinais, além de fornecer modelos

ineficazes, destinados principalmente à prevenção, com apelo moral, baseados na repressão e educação formal (palestras) (Mariz et al., 2011; Araldi et al., 2012).

Portanto, torna-se relevante esforços como o diálogo e programas de prevenção para mitigar as barreiras relacionadas ao estigma para o engajamento dos alunos em apoio à saúde mental (Gronholm et al., 2018). Como tal, alguns autores (Cohen, 1998; Leite, 2015) sugeriram que reduzir os danos do uso de drogas em vez de se concentrar apenas na abstinência é um objetivo mais apropriado para a educação sobre drogas.

No âmbito das drogas, é fundamental desenvolver educação sobre drogas nas escolas, pois educadores, interferem direta ou indiretamente, na vida desses alunos, e podem ser perdidas ou não adquiridas ao longo do tempo diversas habilidades, além de relações sociais (Capistrano et al., 2013).

Um dos fatores que contribui para a marginalização e estigmatização dessa população usuária de drogas é a ausência de ações que sugiram a reintegração do usuário à sociedade (Veríssimo, 2010).

O preconceito, os tabus, os estereótipos, a discriminação e o estigma são fatores que têm dificultado o desenvolvimento de práticas de inclusão social (Azevedo, Ferreira, 2012).

Segundo Paulo Freire (1997), o adolescente descobre que a escola não corresponde com as dúvidas dele e nem com seus anseios. Os jovens, principalmente das classes populares, precisam encontrar na escola propostas que avivem ou criem sonhos que eles tenham ou não estejam podendo ter, sob pena de que a escola perca significado para eles.

Portanto, na percepção dos usuários, é necessária uma união de esforços de todos os setores: saúde, educação, família e sociedade em geral (Gabatz et al., 2013), no qual o impacto social provocado pelo uso de drogas atinge todas as esferas da vida do indivíduo (Capistrano et al., 2013; Barbosa et al., 2015; Ferreira et al., 2015).

O estigma, o preconceito, a rejeição são sentimentos negativos desenvolvidos pela sociedade contra usuários de drogas. Mas, de acordo com os achados deste trabalho, esses sentimentos invadiram áreas importantes da vida dos participantes desta pesquisa, partindo de pessoas que, teoricamente, deveriam promover a saúde mental desses indivíduos.

Ambientes especiais como, familiar, local de tratamento, escolar, deveriam ser redutos de apoio a esses usuários e, no entanto, contribuíram para reforçar estigmas e criar barreiras para uma ressocialização, levando esses usuários a um maior consumo da droga. Por outro lado, a intensidade do estigma e do dano que ele poderia gerar parece estar ligado à classificação dada à droga pela sociedade. Ou seja, o estigma gerado contra o crack é maior do que para qualquer outra droga entre as estudadas nesta pesquisa. Esta droga, de acordo com os entrevistados, gerou reações muito mais intensas e punitivas contra o usuário, em todos os ambientes estudados (família, escola, local de tratamento). A maconha, por sua vez, originou reações mais brandas e o álcool, embora tenha gerado reações negativas, essas não tiveram a força e intensidade do que foi observado com o crack.

Essa situação mostrou-se mais grave, quando vários estigmas se sobrepuseram, além daquele dirigido ao consumo de droga, como por exemplo: classe social (baixa), gênero (mulher) e também quando esses participantes internalizaram esses estigmas, estereótipos a eles atribuídos. Nesse caso, aceleraram o processo de exclusão social.

Aberastury A. Adolescência. Porto Alegre: Artmed; 1983.

Adiala JC. Drogas, medicina e civilização na primeira república [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz; 2011.

Almeida CS, Luis MAV. Políticas públicas e o usuário de crack em tratamento. RECOM. 2017;7:e1447. Doi: 10.19175/recom.v7i0.1447.

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

Andrade LP, Brito MJ, Andrade LFS, Paiva AL, Brito, VGP. Cachaça sob uma perspectiva histórica, cultural e simbólica. ReGeA. 2018;7(2):184-201.

Araldi JC, Njaine K, Oliveira MC, Ghizoni AC. Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. Interface. 2012;16(40):135-48.

Arana, AG. The European Union and the Central American common market signs an association agreement: pragmatism versus values? Eur Foreign Aff Rev. 2015;1:43-63.

Araújo A, Borges JC. “Maconha”: o inevitável fracasso da proibição e políticas alternativas. Novos Direitos – Rev Acad Inst Ciênc Jur. 2016;3(2):50-73.

Auyero J, Sobering K. Violence, the state, and the poor: a view from the South. Sociol Forum. 2017;32(1):1018-31.

Azambuja Junior CAC. A dependência da trajetória e as mudanças nas políticas sobre drogas em Portugal e no Brasil no início do século XXI: duas formas de manutenção do proibicionismo [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.

Azevedo EB, Ferreira Filha MO. Práticas inclusivas na rede de atenção à saúde mental: entre dificuldades e facilidades. Ciênc Saúde Colet. 2012;5(2)60-70.

Bandeira L, Batista AS. Preconceito e discriminação como expressões de violência. Rev Estud Fem. 2002;10(1):119-41.

Barbosa KKS, Rocha WS, Vieira KFL, Alves ERP, Leite GO, Dias MD. Concepções de usuários de crack acerca da droga. Rev Enferm UFSM. 2015;5(2):286-94.

Bard ND, Antunes B, Roos CM, Olschowsky A, de Pinho LB. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. Rev latinoam enferm. 2016;24:e2680.

- Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 3a ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Barr RD, Barth JL, Shermis SS. *Defining the social studies*. Maryland: NCSS; 1977.
- Barros A, Peres M. Proibição da maconha no Brasil e suas raízes históricas escravocratas. *Revista Periferia*. 2011 jul-dez;3(2):1-20.
- Bassiouni MC. The international narcotics control system: a proposal. *Catholic Lawyer*. 1973;19(2):119-67.
- Bastos FIPM, Bertoni N. *Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014.
- Baumler A. Citizenship, the Nation and the Race: China and the International Opium System. *Front Hist China*. 2018;13(3):330-54.
- Baumrind D. Harmonious parents and their preschool children. *Developmental Psychology*, 1971;4(1):99-102.
- Beckmann D, Myrick KJ, Shtasel D. Mental illness, addiction, and incarceration: breaking the cycle. In: Medlock MM, et al. *Racism and Psychiatry*. New York: Humana Press; 2019.
- Bentes I. Ponham as cartas na mesa e discutam essas leis: a luta pela legalização da maconha no Brasil. *Argumentum*. 2015;7(1):93-107.
- Berridge V. Dependência: história dos conceitos e teorias. In: Edwards G, Lader M. *A natureza da dependência de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994. p. 13-34.
- Bessa MA, Boarati MA, Scivoletto S. Crianças e adolescentes. In: Diehl AE, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 359-75.
- Biondich AS, Joslin J. Coca: the history and medical significance of an ancient andean tradition. *Emerg Med Int*. 2016:1-5. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/4048764>.
- Birtel MD, Wood L, Kempa, NJ. Stigma and social support in substance abuse: implications for mental health and well-being. *Psychiatry Res*. 2017 Jun;252:1-8.
- Bogdan RC, Biklen SK. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e aos métodos*. Porto: Porto Editora; 2003. p. 150-75.

- Boister N. Waltzing on the Vienna consensus on drug control? Tensions in the international system for the control of drugs. *Leiden J Int Law*. 2016 Jun;29(2):389-409.
- Bolton J. How can we reduce the stigma of mental illness? *BMJ*. 2003;326:S57-9.
- Brandão MD. Em marcha: maconha e a reversão de um estigma. *Praça*. 2017;1(1):47-69.
- Brasil. Lei n. 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1976.
- Ministério da Justiça (BR). O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2014.
- Broadus AD, Hartje JA, Roget NA, Cahoon KL. Attitudes about addiction: a national study of addiction educators. *Journal of Drug Education*. 2010;40:281-98.
- Burroughs WS. Stigmatisation of problem-drug users. *Lancet*. 2010;376(9743):744.
- Caliari JS, Teles SA, Reis RK, Gir E. Fatores relacionados com a estigmatização percebida de pessoas vivendo com HIV. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:1-8. e03248
- Cama E, Brener L, Wilson H, von Hippel C. Internalized stigma among people who inject drugs. *Subst Use Misuse*. 2016 Oct;51(12):1664-8.
- Campos MS. O novo nem sempre vem: lei de drogas e encarceramento no Brasil. *Bapi*. 2018;18:31-7.
- Capistrano FC, Ferreira ACZ, Maftum MA, Kalinke LP, Mantovani MF. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enferm*. 2013 Jul-Sep;18(3):468-74.
- Cardoso FH, Gaviria C, Zedillo E. The war on drugs is a failure. *The Wall Street Journal (New York Ed.)* [Internet]. 2009 Feb 23 [citado 28 Jan 2018]. Disponível em: <https://www.wsj.com/articles/SB123535114271444981>
- Carlini EA. 2010. Pesquisas com a maconha no Brasil. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;32(1):3-4.
- Carlini EA. A história da maconha no Brasil. *J Bras Psiquiatr*. 2006;55(4):314-7.

Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, et al. II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil. 2005. São Paulo: CEBRID/SENAD: UNIFESP; 2007.

Carlini, E.A.; Galduróz, J.C.F.; Noto, A.R.; et al. IV Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, 2010. São Paulo: CEBRID/SENAD: UNIFESP; 2010.

Carlini-Cotrim B, Carlini EA, Silva-Filho AR, Barbosa MT. O uso de drogas psicotrópicas por estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual, em dez capitais brasileiras, 1987. In: Ministério da Saúde (BR). Consumo de drogas psicotrópicas no Brasil, em 1987. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1989. p. 9-84. (Série C: Estudos e Projetos 5).

Carneiro H, Fiore M, Goulart SL, Labate BC, MacRae E. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: Edufba; 2008.

Carneiro H. A fabricação do vício. XIII Encontro Regional de História (Anpuh-MG); 2002 Jul 15; Mariana, MG Anais. (LPH - Revista de História, 2002a. p. 9-24). Disponível em: <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/301.pdf>

Carneiro H. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. Rev. Outubro IES. 2002b;6:115-28.

Carneiro H. Drogas: A história do proibicionismo. São Paulo: Autonomia Literária; 2019. 541 p.

Carrillo, E.R. Lo cualitativo en la investigación y su actualidad. Psicol Am Lat. 2004; 2:1-6.

Carvalho S. A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático. São Paulo: Saraiva; 2016.

Cascudo LC. História da alimentação no Brasil. São Paulo: EDUSp; 1983.

Cascudo LC. Prelúdio da cachaça: etnologia, história e sociologia da aguardente no Brasil. Belo Horizonte: Itatiaia, 1986.

Chapman AR, Babor TF. Duterte's war on drugs and the silence of the addiction science community. J Stud Alcohol Drugs. 2017 Jul;78(4):491-3.

Chappell AT, Maggard SR. Applying black's theory of law to crack cocaine and cocaine dispositions. Int J Offender Ther Comp Criminol. 2007 Jun;51(3):264-78.

Chasin A. *Assassin of youth: a kaleidoscopic history of Harry J. Anslinger's war on drugs*. Chicago: University of Chicago Press; 2016.

Chavez GF, Sanchez DT. A clearer picture of multiracial substance use: Rates and correlates of alcohol and tobacco use in multiracial adolescents and adults. *Race Social Problems*. 2010;2:1-18.

Chomsky N. The drug war industrial complex: Noam Chomsky interviewed by John Veit, High Times [Internet]. 1998 (citado 27 July 2016). Disponível em: <http://www.chomsky.info/interviews/199804--.htm>

Clarke RC, Merlin MD. *Cannabis: evolution and ethnobotany*. Berkeley: University of California Press; 2016.

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 Policy*. 2002 Nov;13(4):285-96.

Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med*. 2015 Jan;45(1):11-27. doi:10.1017/S0033291714000129.

Cohen MA. The Monetary Value of Saving a High-Risk Youth. *J Quantitative Criminol*. 1998;14(1):5-33.

Cole D.M, Thomas DM, Field K, Wool A, Lipiner T, Massenberg N, et al. The 21st Century Cures Act Implications for the Reduction of Racial Health Disparities in the US Criminal Justice System: a Public Health Approach. *J. Racial Ethn Health Disparities* 2018;5(4): 885-893.

Copeland J. A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *J Subst Abuse Treat*. 1997;14(2):183-90.

Corrigan P, Kuwabara SA, O'Shaughnessy J. The public stigma of mental illness and drug addiction: findings from a stratified random sample. *J Soc Work*. 2009;9(2):139-47.

Corrigan P, Schomerus G, Shuman V, Kraus D, Perlick D, Harnish A, et al. Developing a research agenda for understanding the stigma of addictions Part I: lessons from the mental health stigma literature. *Am J Addict*. 2017 Jan;26(1):59-66.

Corrigan PW, Larson JE, Rush N. Self-stigma and the "why try" effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. 2009 Jun;8(2):75-81.

Costa JF. História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Garamond; 2007.

Costa JHR. A internação compulsória no âmbito das crackolândias: implicações bioéticas acerca da autonomia do dependente químico [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2015.

Costa RPM, Marcelino HFR. Estudo sobre as obscuridades presentes nos critérios de distinção entre usuário e traficante de drogas a luz da Lei 11.343/06. ETIC Encontro de Iniciação Científica. 2017;13(13):1-21.

Covington J. Drugs and racial constructions. *Race Ethnicity Law*. 2017;22:251-68.

Coyne CJ, Hall AR. Four decades and counting: the continued failure of the war on drugs. *Cato Inst* [Internet]. 2017 [citado 23 Apr 2018]:811:1-28. Disponível em: <https://www.cato.org/publications/policy-analysis/four-decades-counting-continued-failure-war-drugs>

Crapanzano KA, Hammarlund R, Ahmad B, Hunsinger N, Kullar R. The association between perceived stigma and substance use disorder treatment outcomes: a review. *Subst Abuse and Rehabil*. 2018 Dec;10:1-12.

Creswell, J.W. *Research desing: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage; 2013.

Cruz JHT, Azevedo G. A política proibicionista e o mercado ilícito de drogas. *ABraSD*. 2015 Jan-Jun;2(1):99-108.

Da Costa PHA, Paiva FS. Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. *Physis*. 2016;26(3):1009-31.

da Silveira PS, Martins LF, Soares RG, Gomide HP, Ronzani TM. Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo. *Estud Psicol*. 2011;16(2):131-8.

da Silveira PS, Casela ALM, Monteiro EP, Ferreira GCL, Freitas JVT, Machado NM, et al. Psychosocial understanding of self-stigma among people who seek treatment for drug addiction. *Stigma Health*. 2018 Feb;3(1):42-52.

De Andrade AG, Duarte PCAV, de Oliveira LG, organizadores. *I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, Tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. São Paulo: GREA/USP; 2010.

- de Carvalho JC. A emergência da política mundial de drogas: o Brasil e as primeiras Conferências Internacionais do Ópio. *Ofic Hist.* 2014;7(1):153-76.
- de Carvalho JC. A América Latina e a criminalização das drogas entre 1960-1970: prenúncios de outra guerra por outra América. *UNIFESO – Hum Soc (Teresópolis/RJ)*. 2016;2(2):78-98.
- de Macedo FS, Roso A, Lara MP. Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva. *Saúde Soc. São Paulo*. 2015;24(4):1285-98.
- de Menezes JRL. Os efeitos da proibição da maconha sobre a saúde. *Rev Biol.* 2014;13(1):24-7.
- de Paiva LGM. Panorama internacional das políticas sobre drogas. *Boletim de análise político-institucional*. 2018;18:99-106.
- de Paiva TM. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*. 2009;14(1):177-183.
- Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, et al. Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1564-74.
- Del Olmo R. *A face oculta da droga*. Rio de Janeiro: Revan; 1990.
- Dias LF. Usos e abusos de bebidas alcoólicas segundo os povos indígenas do Uaçá. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 199-217.
- Díaz AF, Barruti M, Doncel C. The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona. *Barcelona: Laboratori de Sociologia – ICESB*; 1992.
- Doce EG. Psychoactive substances in prehistoric times: examining the archaeological evidence. *Time Mind*. 2015;8(1):91-112.
- Donziger SR. *The real war on crime: The report of the National Criminal Justice Commission*. New York: Harper Perennial; 1996.
- Doupe MB, Palatnick W, Day S, Chateau D, Soodeen RA, Burchill C, et al. Frequent users of emergency departments: developing standard definitions and defining prominent risk factors. *Ann Emerg Med*. 2012;60(1):24-32.
- Durante F, Tablante CB, Fiske ST. Poor but warm, rich but cold (and competent): social classes in the stereotype content model. *J Social Issues*, 2017;73:138-157. doi:10.1111/josi.12208.

Dunn J, Laranjeira RR, da Silveira DX, Formigoni ML, Ferri CP. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Substance Use & Misuse*. 1996;31(4):519-27.

Edman J. Transnational nationalism and idealistic science: the alcohol question between the wars. *Soc Hist Med*. 2016 Aug;29(3):590-610.

Ekici B. Why does the international drug-control system fail? *All Azimuth*. 2016 Jul;5(2):63-90.

Escotado A. História general de las drogas. Madrid: Escasa-Calpe; 2008.

Eugenio A. O combate médico ao alcoolismo no Brasil do século XIX. *SÆCULUM*. 2018;38.

Eversman MH, Bird JDP. Moral panic and social justice: a guide for analyzing social problems. *Social Work*. 2016;62(1):29-36.

Ferreira JT, Engstrom EM. Estigma, medo e perigo: Representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na atenção básica. *Saude Soc*. 2017;26(4):1015-25.

Ferrer B, Connolly JM. Racial inequities in drug arrests: treatment in Lieu of and after incarceration. *Am J Public Health*. 2018;108(8):968-9.

Figueiredo LRA. A linguagem da embriaguez: cachaça e álcool no vocabulário político das rebeliões na América portuguesa. *Rev Hist*. 2017;176:a03416.

Fiore M. O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos – CEBRAP*. 2012;1(92):9-21.

Fisher S, Zapolski T, Sheehan C, Barnes-Najor J. Pathway of protection:

Ethnic identity, self-esteem, and substance use among multiracial youth. *Addictive Behaviors*. 2017;72:27-32.

Fitzpatrick SM. Ancient psychoactive substances. Gainesville: University Press of Florida; 2018.

Flick U. Métodos de pesquisa: introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed; 2017.

Foucault M. Segurança, território, população. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

França JMC. História da maconha no Brasil. São Paulo: Três Estrelas; 2015.

Freire P. Não se pode 'ser' sem rebeldia. Pais e Teens. 1997;2(3):12-17.

Freitas CN, Martins TN. Uma análise sob a perspectiva da teoria crítica acerca do tratamento legal conferido ao usuário de drogas na Lei 11.343/2006. Rev Esp Transdiscipl. 2017;1(1):12-20.

Frúgoli Júnior H, Cavalcanti M. Territorialidades da(s) cracolândia(s) em São Paulo e no Rio de Janeiro. Anuário Antropológico. 2013;73-97.

Frúgoli Júnior H, Kowarick L. Pluralidade urbana em São Paulo: vulnerabilidade, marginalidade, ativismos sociais. São Paulo: Editora 34; 2016.

Gabatz RIB, Schmidt AL, Terra MG, Padoin SMM, Silva AA, Lacchini AJB. Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. Rev Gaúcha Enferm. 2013;34(1):140-6.

Gay W. A "dry" country: the failure of the eighteenth amendment. A with Honors Project [Internet]. 2018. 11 p. [citado 20 Jan 2019]. Disponível em: <https://spark.parkland.edu/ah/227/>

GBD 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2015;388(10053):1603-58. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31460-X

Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009.

Godlee F, Hurley R. The war on drugs has failed: doctors should lead calls for drug policy reform. BMJ: British Medical Journal (Online). 2016;355:i6067.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2a ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1988.

Gramsci A. Cadernos do cárcere. São Paulo: Civilização Brasileira; 2015.

Gramsci A. Maquiavel, a política e o Estado moderno. São Paulo: Civilização Brasileira; 1976.

Grangeiro A, Silva LL, Teixeira PR. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(1):87-94.

Greco Filho V. Tóxicos: prevenção, repressão. Comentários à Lei nº 11.343/2006. São Paulo: Saraiva; 2011.

Gronholm PC, Nye E, Michelson D. Stigma related to targeted school-based mental health interventions: A systematic review of qualitative evidence. *J Affect Disord*. 2018;240:17-26.

Guerra S. Políticas públicas de combate ao uso de crack em cenários abertos no Brasil. *Cad Dereito Actual*. 2018;9:147-69.

Guimarães LP, Cruz AR. Percepção de cidadania no sistema prisional brasileiro: uma interface com as políticas sobre álcool e outras drogas. *REBESP*. 2014;6(1).

Haguette TMF. Metodologias qualitativas na Sociologia. Petrópolis: Vozes; 1987.

Hajar R. Intoxicants in society. *Heart Views*. 2016;17(1):42-8.

Hardy M, Cho A, Stavig A, Bratcher M, Dillard J, Greenblatt L, et al. Understanding frequent emergency department use among primary care patients. *Popul Health Manag*. 2018;21(1):24-31.

Hathaway AD. Cannabis users' informal rules for managing stigma and risk. *Journal Deviant Behav*. 2004;25(6):559-77.

Hatzenbuehler ML, Link BG, Phelan JC. Stigma and population health. *Am J Public Health*. 2013;103:813-21.

Haugen PT, McCrillis AM, Smid GE, Nijdam MJ. Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2017;94:218-29. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.08.001.

Hirschfelder G. The myth of 'misery alcoholism' in early industrial England: the example of Manchester. In: Schmid S, Schmidt-Haberkamp B, editors. *Drink in the eighteenth and nineteenth centuries*. London: Routledge; 2014. p. 91-102.

Hope VD, Parry JV, Ncube F, Hickman M. Not in the vein: 'missed hits', subcutaneous and intramuscular injections and associated harms among people who inject psychoactive drugs in Bristol, United Kingdom. *Int J Drug Policy*. 2016;28:83-90.

Hudelson PM, World Health Organization. *Qualitative Research for health programmes*. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization; 1994.

Hughes B, Wiessing L, Des Jarlais D, Griffiths P. Could cannabis liberalisation lead to wider changes in drug policies and outcomes? *Int J Drug Policy*. 2018;51:156-9.

Hughes BA, Bohnsack JP, O'Buckley TK, Herman MA, Morrow AL. Chronic ethanol exposure and withdrawal impairs synaptic GABA_A receptor-mediated neurotransmission in deep layer prefrontal cortex. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019 Mar 12. doi: 10.1111/acer.14015.

Iacobucci AC, Frieh EC. (In)dependence and addictions: governmentality across public and private treatment discourses. *Theor Criminol*. 2016;22(1):83-98.

Inciardi JA. Crack Cocaine in the Americas. In: Monteiro MG, Inciardi JA. Brazil-United States binational research. São Paulo: CEBRID; 1993. 63-75.

INFOPEN. Levantamento nacional de informações penitenciárias. Brasília: Departamento Penitenciário Nacional – Ministério da Justiça e Segurança Pública [Internet]. 2016 [citado 12 dez. 2018]. Disponível em: http://depen.gov.br/DEPEN/noticias-1/noticias/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias-2016/relatorio_2016_22111.pdf

Instituto Sou da Paz. Drogas e prisão provisória [Internet]. 2013 [citado 12 dez. 2018]. Disponível em: http://www.soudapaz.org/upload/pdf/justi_a_rede_fasciculo3_drogas_11_11_13.pdf

Jalil H. A sick, weak, and ignorant people: public health education and prevention in rural Colombia, 1930-1940. *Bull Lat Am Res*. 2019;38(1):19-34.

Jay M. *High Society: mind-altering drugs in History and Culture*. London: Thames & Hudson; 2012.

Johansen KA, Debaere V, Vandeveldel S, Vandenbroeck M. Governance of substance use as a by-product of policing in Norway: a historical account. *Nord Stud Alcohol Drugs*. 2018;35(4):240-56.

Kieser TW. The attitudes and beliefs of special and general educational professionals concerning alcohol and drug problems [dissertations on the internet]. Las Vegas: University of Nevada; 2015. Available from: <https://digitalscholarship.unlv.edu/thesesdissertations/2371>.

King RS, Mauer M. Sentencing with discretion: crack cocaine sentencing after booker. *The Sentencing Project*. 2006.

Klantschnig G. Histories of cannabis use and control in Nigeria, 1927-1967. In: Klantschnig G, Carrier N, Ambler C. *Drugs in Africa: histories and ethnographies of use, trade, and control*. New York: Palgrave Macmillan; 2014. p. 69-88.

Knapp S, Marziliano A, Moyer A. Identity threat and stigma in cancer patients. *Health Psychol Open*. 2014;1(1). doi:10.1177/2055102914552281.

Kvale S. Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Washington: Sage; 1996.

Labate B, Rodrigues T. Brazilian drug policy: tensions between repression and alternatives. In: Labate B, Cavnar C, Rodrigues T. Drug policies and the politics of drugs in the Americas. New York: Springer; 2016. p. 187-208.

Laranjeira R, Madruga CS, Pinsky L, et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. São Paulo: INPAD; 2012.

Leal FX. Movimento antiproibicionista no Brasil: discursos de resistência [tese]. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas; 2017.

Leite LKL. Um estudo sobre a prevenção do uso de drogas na adolescência. Cad Disc Esuda. 2015;2(1):1-24.

Lerner MA. Going dry: the coming of prohibition. Humanities. 2011;32(5).

Lessa MA, Cavalcanti IL, Figueiredo NV. Derivados canabinóides e o tratamento farmacológico da dor. Rev dor. 2016;17(1):47-51.

Lima RCC. O problema das drogas no Brasil: Revisão Legislativa Nacional. Libertas. 2012;10(1):102-23.

Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. Annu Rev Sociol. 2001;27:363-85.

Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. Psychiatr Serv. 2001 Dec;52(12):1621-6.

Lloyd C. The stigmatization of problem drug users: a narrative literature review. Drug Educ Prev Polic. 2013;20(2):85-95.

Lucas P, Walsh Z. Acesso, uso e substituição de cannabis medicinal a medicamentos opióides e outras substâncias: uma pesquisa com pacientes de cannabis medicinal autorizada. Pol Drogas Int J. 2017;42:30-35.

Lunardon JA. Maconha, capoeira e samba: a construção do proibicionismo como uma política de criminalização social. Porto Alegre: I Seminário Internacional de Ciência Política da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.

Luoma JB, Kulesza M, Hayes SC, Kohlemberg SC. Stigma predicts residential treatment length for substance use disorder. Am J Drug Alcohol Abuse. 2014;40(3):206-12.

Luty J. The beginning of the end of prohibition: the politics of drug addiction. *BJPsych Advances*. 2016;22(4):242-50.

Lynch M, Omori M. Crack as proxy: aggressive federal drug prosecutions and the production of black-white racial inequality. *Law Soc Ver*. 2018;52(3):773-809.

Maccoby E, Martin J. Socialization in the context of the family: parent-child interaction. In: Heterington EM, editor. *Handbook of child psychology*. 4th ed. New York: Wiley. 1983. Vol. 4: Socialization, personality, and social development, p. 1-101.

Macedo CF. A evolução das políticas de saúde mental e da legislação psiquiátrica no Brasil. *Jus Navigandi*. 2006;44(1):140-7.

MacRae E, Alves WC. *Fumo de Angola: cannabis, racismo, resistência cultural e espiritualidade*. Salvador: EDUFBA; 2016.

MacRae E. Antropologia: aspectos Sociais, culturais e ritualísticos. In: Seibel SD, Toscano Junior A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 25-34.

MacRae E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos [Internet]. 2010 [citado 15 maio 2018]. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>

Major B, O'Brien LT. Social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol*. 2005;56:393-421.

Malvezzi CD, Nascimento JL. Cuidado aos usuários de álcool na atenção primária: moralismo, criminalização e teorias da abstinência. *Trab Educ Saúde*. 2018;16(3):1095-112.

Marchi NC, Scherer JN, Pachado MP, Guimaraes LS, Siegmund G, Castro MN, et al. Crack-cocaine users have less family cohesion than alcohol users. *Rev Bras Psiquiatria*. 2017;39:346-351.

Marcus MT, Liehr PR. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LoBiondo-Wood G, Haber J. *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p. 122-39.

Mariz SR, Souza LC, Bessa CL, Costa FH, Pinheiro DM, Brasileiro NA. Análise de estratégias em prevenção ao uso indevido de drogas entre estudantes de uma escola municipal em Campina Grande (PB). *Rev Saúde Ci*. 2011;2(1):19-29.

Massukado-Nakatani MS. Métodos e técnicas de pesquisa em turismo: amostragem, 2009 [Internet]. [citado 14 jun. 2018]. Disponível em:

<https://pt.slideshare.net/joaomaria/mtodos-e-tcnicas-de-pesquisa-em-turismo-profamrcia-shizue-massukadonakatani-aula-22-amostragem-2005200>

Mattoo SK, Basu D, Sharma A, Balaji M, Malhotra A. Abuse of codeine-containing cough syrups: a report from India. *Addiction*. 1997;92(12):1783-7.

Mattos MJS. Crack e políticas públicas: análise sobre a formação da agenda do programa “Crack, é possível vencer”. *Plan Pol Pub*. 2017;49:195-230.

Mauer M. *Race to incarcerate*. New York: New Press; 2006.

Maxwell, A. *Medicinal cannabis in New Zealand: addressing the medicinal/therapeutic divide and overcoming barriers to law reform*. New York: Victoria University of Wellington Legal Research Paper – Student/Alumni Paper; 2018.

Maya Neto OC. Necropolítica da colonialidade no Brasil: segregação e desumanização no Hospital Colônia de Barbacena e na cracolândia, em São Paulo. *Meridional*. 2019;11:149-77.

Mburu G, Ayon S, Tsai AC, Ndimbii J, Wang B, Strathdee S, et al. Who has ever loved a drug addict? It’s a lie. They think a ‘teja’ is as bad person: multiple stigmas faced by women who inject drugs in coastal Kenya. *Harm Reduction J*. 2018;15(1):29.

McGirr L. Alcohol prohibition in the United States, 1920 – 1933, and its legacies. In: Savona E, Kleiman M, Calderoni F. *Dual Markets*. New York: Springer; 2017.

McLaughlin D, Long A. An extended literature review of health professionals’ perceptions of illicit drugs and their clients who use them. *J Psychiatr Mental Health Nurs*. 1996;3(5):283-8.

McNeil R, Kerr T, Lampkin H, Small W. “We need somewhere to smoke crack”: an ethnographic study of an unsanctioned safer smoking room in Vancouver, Canada. *Int J Drug Policy*. 2015;26(7):645-52.

Medina MG, Nery Filho A, Flach PMV. Políticas de Prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. In: Paim JS, Almeida-Filho N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 479-500.

Meehan C. Junkies, Wasters and Thieves: school-based drug education and the stigmatisation of people who use drugs. *JCEPS*. 2017;15(1):85-107.

- Meira ED. A cachaça morretiana: uma tradição inventada? [trabalho de conclusão de curso]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, Departamento de História, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes; 2010.
- Mendes GF. Recurso Extraordinário nº 635.659 SP. Plenário, RE 635659/SP. Brasília (DF): Supremo Tribunal Federal; 2015.
- Merkinaite, S Grund, JP, Frimpon, A. Young people and drugs: next generation of harm reduction. *Int J Drug Pol.* 2010;21:112-4.
- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cad Saúde Públ.* 1993;9(3):239-62.
- Mincin J. Addiction and stigmas: overcoming labels, empowering people. In: MacMilan T, Sisselman-Borgia A. *New directions in treatment, education, and outreach for mental health and addiction.* New York: Springer; 2018. p. 125-31.
- Monteiro S, Villela WV, Cruz O. *Cadernos de Saúde Pública* policies and research challenges . *Introduction* 2019;28:2-5.
- Montero R. The war on drugs and its effect on recidivism rates in the United States. Illinois: University Research Symposium; 2018. n. 107.
- Moraes SE. Interdisciplinaridade e transversalidade mediante projetos temáticos. *Rev Bras Estud Pedagog.* 2005;86(213-214):38-54.
- Mora-Ríos J, Ortega-Ortega M, Medina-Mora ME. Addiction-related stigma and discrimination: a qualitative study in treatment centers in Mexico City. *Subst Use Misuse.* 2017;52(5):594-603.
- Moreira Junior S. *Regulação da publicidade das bebidas alcoólicas.* Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2005. p.1-36 (Texto para discussão, 20).
- Morgades-Bamba CI, Fuster MJ, Molero F. The impact of internalized stigma on the well-being of people with Schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2019;271:621-7. doi:10.1016/j.psychres.2018.12.060.
- Mostyn B, Gibbon H. Transnational social movement theory and the waning war on drugs: case studies from UNGASS 2016. *Int J Drug Policy.* 2018;51:148-155.
- Nader L, Aerts D, Alves G, Câmara S, Palazzo L, et al. Consumo de álcool e tabaco em escolares da rede pública de Santarém-PA. *Aletheia,* 2013;41:95-108.
- Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse.* 1996;31(5):565-79.

- Narvaez JCM, Pechansky F, Jansen, K, Pinheiro RT, Silva RA, Kapczinski F, et al. Quality of life, social functioning, family structure, and treatment history associated with crack cocaine use in youth from the general population. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37(3):211-8.
- Nascimento M O, Vitale MSS, De Micheli D. A visão e temores dos educadores ante ao uso abusivo de substâncias psicoativas por adolescentes no ambiente escolar. *Rev Magistro.* 2012;2(1):16.
- Nelson EU. Police crackdowns, structural violence and impact on the well-being of street cannabis users in a Nigerian city. *Int J Drug Policy.* 2018;114-22.
- Nelson RH. Prohibition and eugenics: implicit religions that failed [Internet]. 2015. p. 1-23 [cited 2019 Jan 12]. Available from: <https://ssrn.com/abstract=2996213>.
- Netherland J, Hansen HB. The war on drugs that wasn't: wasted whiteness, "dirty doctors" and race in media coverage of prescription opioid misuse. *Cult Med Psychiatry.* 2016;40(4):664-86.
- Neves DP. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? *Cad Saúde Pública.* 2004;20(1):7-14.
- Nogueira-Martins MCF, Bogus CM. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde Soc.* 2004;13(3):44-57.
- Oliveira LG, Nappo SA. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled patterned of use. *Rev Saúde Publica.* 2008;42(4):664-71.
- Ortega E, Beltrán MJ, Mitjavila M. Eugenics and medicalization of crime at the early 20th century in Uruguay. *Saúde Soc.* 2018;27(2):354-66.
- Paiva LGM. Panorama internacional das políticas sobre drogas. *Boletim de Análise Político-institucional.* 2018;18:99-106.
- Palamar J, Davies S, Ompad DC, Cleland CM. Powder cocaine and crack use in the United States: an examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. *Drug Alcohol Depend.* 2015;149:108-16.
- Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods.* Washington: Sage; 2014.
- Peluso ETP, Blay SL. Public perception of alcohol dependence. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008;30(1):19-24.

Perez ABN, Zerbetto SR, Gonçalves AMS. Atitudes dos professores de ensino fundamental e médio frente ao uso de substâncias psicoativas. *SMAD - Rev Eletr Saúde Mental Álcool Droga*. 2018 Jan.-Mar.;14(1):45-51.

Perrenoud LO, Ribeiro M. Histórico do consumo de crack no Brasil e no mundo. In: de Araújo MR, Laranjeira R. *O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 33-8.

Pierce G, Toxqui A. *Alcohol in Latin America: a social and cultural history*. Arizona: The University of Arizona Press; 2017.

Pietta G, Carvalho LD. Um diagnóstico para os acervos: a eugenia nas publicações de Renato Kehl e João Candido Ferreira (1920-1930). *Unesp*. 2016;12(2):4-26.

Portela B, França ALG, Goldim LRJ. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. *Revista Bioética [Internet]* 2015, 23 [citado 19 mar. 2019] Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361540658011>.

Radcliffe P, Stevens A. Are drug treatment services only for “thieving junkie scumbags”? Drug users and the management of stigmatised identities. *Soc Sci Med*. 2008;67(7):1065-73.

Raupp L, Adorno RCF. Crack usage circuits in the downtown área of the city of São Paulo (SP, Brazil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2613-22.

Reinarman C, Levine HG. A guerra ao crack: a criação de uma droga demoníaca nos EUA. In: Alexander BK, Merhy EE, Silveira P. *Criminalização ou acolhimento*. Porto Alegre: Rede Unida; 2018. p. 159-87.

Ribeiro E. How Brazil's drug war became a crusade against people of color [Internet]. Open Society Foundations. 2016 Feb 29 [citado 20 nov. 2018]. Disponível em: <https://www.opensocietyfoundations.org/voices/how-brazil-s-drug-war-became-crusade-against-people-color>

Ribeiro MM. A evolução histórica da política criminal e da legislação brasileira sobre drogas. *Inst Bras Ciênc Crim*. 2016;286:5-7.

Richards C. The role of race and class in local media coverage of Utah's opioid epidemic. *Hinckley J Polit*. 2019;19(1).

Rigg KK, Menendez KM. Drug prevention programmes in schools: Selecting programme providers. *Health Educ J*. 2018;77(5):586-97.

Rocha AP. Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas. *Serv Soc Soc*. 2013;115:561-80.

Rodrigues LBF. Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no Sistema Penal e na sociedade [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade Direito; 2006.

Rodrigues T. Política e drogas nas américas. Uma genealogia do narcotráfico. São Paulo: Desatino; 2017.

Rodrigues T. Tráfico, Guerra, Proibição. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 91-104.

Rodrigues TMS. Narcotráfico: uma guerra na guerra. São Paulo: Desatino, 2003. (citado em Rocha, 2013).

Romanini M, Roso A. Mdiatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. *Interface*. 2014;18(49):363-76. doi:10.1590/1807-57622013.0138.

Romanini M, Roso A. Usuários de cocaína-crack e recepção de uma campanha televisiva antidrogas. *Psic: Teor Pesq*. 2018;34: e34410.

Romera L. As drogas e os cenários de lazer. *Licere*. 2014;17(3):303-17.

Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(4):326-32. doi:10.1590/S0047-20852010000400010.

Ronzani TM, Paiva FS. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicol Estudo*. 2009;14(1): 77-183.

Ronzani TM, Noto AR, da Silveira PS. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores. Juiz de Fora: UFJF; 2014.

Room R. Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. *Addiction*. 2006;101(1):31-9.

Rosa MCO. A guerra às drogas e as violações de direitos fundamentais com o aval da imprensa. *Rev EMERJ*. 2015;18(67):571.

Salm T, Sevigny P, Mulholland V, Greenberg H. Prevalence and pedagogy: Understanding substance abuse in schools. *J Alcohol Drug Educ*. 2011;55:70-92.

Santos FSD. Bêbados e alcoólatras, medicina e cotidiano. In: Nascimento DR, Carvalho DM, Marques RC. Uma história brasileira das doenças. Rio de Janeiro: Mauad; 2006. p. 64-91.

Santos MFS, Acioli Neto ML, Galindo FS, Souza LB. A ambivalência no campo das drogas: Uma análise das representações de álcool e maconha. *Rev Adm Educ.* 2015;1(2):125-45.

Sarang A, Rhodes T, Sheon N, Page, K. Policing drug users in Russia: Risk, fear, and structural violence. *Subst Use Misuse.* 2012;45(6):813-64.

Sarlet IW, Sarlet GBS. Saúde mental e internações compulsórias na perspectiva da bioética e dos direitos humanos e fundamentais: uma investigação crítica do caso da “Cracolândia” na cidade de São Paulo. *Rev Dir Gar Fund.* 2017;18(3):31-64.

Schilling F, Miyashiro SG. Como incluir? O debate sobre o preconceito e o estigma na atualidade. *Educ Pesqui.* 2008;34(2):243-54.

Schomerus G, Lucht, M, Holzinger, A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. *Alcohol Alcohol.* 2011;46(2):105-12.

Seibert SM, Kumar P, Gomez PL, Gomez CN. Cannabis in cancer patients [CP] to improve quality of life [QOL] and cancer related symptoms [CRS]: Illinois Cancer Care cannabis education and clinical analysis. *J Clin Oncol.* 2018;36(15).

Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5(1):187-92.

Sharp ML, Fear NT, Rona RJ, Wessely S, Greenberg N, Jones N. Stigma as a barrier to seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidemiol Rev.* 2015;37:144-62. doi:10.1093/epirev/mxu012.

Smith LD. A temperate and wholesome beverage: the defense of the American beer industry, 1880-1920 [thesis on the Internet]. Portland: Portland State University – Department of History; 2018 [cited 28 Dec 2018]. Available from: https://pdxscholar.library.pdx.edu/open_access_etds/4497/

Soares CR. Estratégias de controle social das drogas na década de 1920. *Temporalidades.* 2016;8(2):244-67.

Soccol KLS, Terra MG, Ribeiro DB, Mostardeiro S.C.T.S.; Teixeira JKS, Souto VT. Sobrecarga financeira vivenciada por familiares cuidadores de indivíduos dependentes químicos. *REUFMS.* 2014;4(3):602-11.

Soratto MT. Assistência multiprofissional a dependentes químicos na Estratégia Saúde da Família. *Saúde Rev.* 2016;16(42):13-26.

Souleymanov R, Allman D. Articulating connections between the harm-reduction paradigm and the marginalisation of people who use illicit drugs. *Br J Soc Work.* 2016;46(5):1429-45.

Souza JEL. Sonhos da diamba, controle do cotidiano: uma história da criminalização da maconha no Brasil republicano [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas; 2012.

Souza LGS, Andrade AL, Smith MC, Rogério MP, Menandro M, Apostolidis T. Perceptions of primary health care professionals towards alcoholic patients: an exploratory study in a brazilian municipality. *Univ Psychol.* 2015;14(3):1045-1054.

Stepan N. The hour of eugenics: race, gender, and nation in Latin America. New York: Cornell University Press; 1996.

Tang IC, Wu HC. Quality of life and self-stigma in individuals with schizophrenia. *Psychiatr Q.* 2012;83(4):497-507.

Taylor S, Buchanan J, Ayres TC. Prohibition, privilege and the drug apartheid: The failure of drug policy reform to address the underlying fallacies of drug prohibition. *Criminol Crim Justice.* 2016;16(4):452-69.

Taylor SJ, Bogdan R, DeVault M. Introduction to Qualitative Research Methods: a guidebook and resource. New York: John Wiley & Sons; 2015.

Teasley ML, Schiele JH, Adams C, Okilwa NS. Trayvon Martin: racial profiling, black male stigma, and social work practice. *Soc Work.* 2018;63(1):37-46.

Teixeira MB, Engstrom EM, Ribeiro JM. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. *Saúde Debate.* 2017;41(112):311-30.

Thompson BY. Good moral characters: how drug felons are impacted under state marijuana legalization laws. *Contemp Justice Ver.* 2017;20(1):1-16.

Thor S, Raninen J, Landberg J. More drinking, more problems-stable association between alcohol consumption and harm among swedish youth 1995-2012. *Alcohol Alcohol.* 2017;52(3):358-64.

Toledo L, Gongora A, Bastos FIPM. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017;22(1):31-42.

- Touriño R, Acosta FJ, Giráldez A, Álvarez J, González JM, Abelleira C. Suicidal risk, hopelessness and depression in patients with schizophrenia and internalized stigma. *Actas Esp De Psiquiatr*. 2018;46(2):33-41.
- Unsworth DJ, Mathias JL. Traumatic brain injury and alcohol/substance abuse: A Bayesian meta-analysis comparing the outcomes of people with and without a history of abuse. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2017;39(6):547-62.
- Vargas EV. Entre a extensão e a intensidade: corporalidade, subjetivação e uso de drogas [tese]. Belo Horizonte: UFMG; 2001.
- Velasco IMP, Tomasevicius Filho E. The 1830 criminal code of the Brazilian empire and its originality. In: Masferrer A. The western codification of criminal law. New York: Springer; 2018.
- Velho G. 1981. Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Zahar; 1981. p. 59-68
- Veríssimo M. A nova lei de drogas e seus dilemas. Apontamentos para o estudo das formas de desigualdade presentes nos interstícios do ordenamento jurídico-penal brasileiro. *Civitas*. 2010;10(2):330-44.
- Villela SC, Scatena MCM. A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(6):738-41.
- Villela WV, Monteiro S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(3):531-40.
- Villeneuve L. Confirma o que está acontecendo no Colorado nove meses após a legalização da maconha [blog na Internet]. [citado 12 jan. 2019]. Disponível em: <http://spotniks.com/confira-o-que-esta-acontecendo-colorado-9-meses-apos-legalizacao-da-maconha/>.
- Wadley G. How psychoactive drugs shape human culture: a multi-disciplinary perspective. *Brain Res Bull*. 2016;126(1):138-51.
- Walker LS, Mezuk B. Mandatory minimum sentencing policies and cocaine use in the U.S., 1985-2013. *BMC Int Health Hum Rights*. 2018;18(1):43.
- Weiss MG, Ramakrishna J, Somma D. Health-related stigma: Rethinking concepts and interventions. *Psychol Health and Med*. 2006;11(3):277-87.
- Welsh JW, Tretyak V, Rappaport N. The opioid crisis and schools: a commentary. *J Sch Health*. 2018 May;88(5):337-40.

Whalin LL, Block WE. Racial discrepancies in the participation between alcohol prohibition and the drug war. *Acta Econom Turist*. 2017;3(2):119-35.

Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, Di Nisio M, Duffy S, Hernandez AV, et al. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015;313(24):2456-73. doi: 10.1001/jama.2015.6358.

Wodak A. The failure of drug prohibition and the future of drug law reform in Australia. *Aust Prescr*. 2015;38(5):148-9.

Worm N. Política nacional de enfrentamento às drogas no Brasil: novas estratégias a partir da análise dos pontos de desarticulação do programa “Crack, é possível vencer” [tese]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2016.

Yanos PT, West ML, Smith SM. Coping, productive time use, and negative mood among adults with severe mental illness: A daily diary study. *Schizophr Res*. 2010;124(1-3):54-9.

Young J. *The Drugtakers: The social meaning of drug use*. London: MacGibbon and Kee; 1971.

Zaganelli MV, Correia JVG. A restrição do uso medicinal da Cannabis Sativa face ao princípio da autonomia da vontade. *RECDUFMS*. 2018;13(2):611-39.

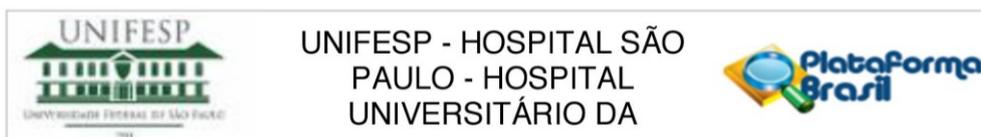
Zanotto DF, Assis FB. Perfil dos usuários de crack na mídia brasileira: análise de um jornal e duas revistas de edição nacional. *Physis*. 2017;27(3):771-92.

Zavaschi MLS, Maltz FF, Oliveira MG, Santis MFB, Salle E. Psicoterapia na adolescência. In: Cordioli AV, organizador. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 467-85.

Zou W, Man C, Yang S, Guan X, Shi L. Study on narcotics and psychotropic substances control (Part I): development and status quo of inter-national narcotics and psychotropic substances control. *China Pharmacy*. 2017;28(1):5-10.

ANEXOS

Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIFESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Barreiras enfrentadas por usuários de drogas na sua reinserção social (alcoolistas, usuários de maconha, usuários de crack) e as consequências para esses indivíduos.

Pesquisador: JANAINA RUBIO GONCALVES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 62373716.2.0000.5505

Instituição Proponente: Escola Paulista de Medicina

Patrocinador Principal: FUND COORD DE APERFEICOAMENTO DE PESSOAL DE NIVEL SUP

DADOS DO PARECER

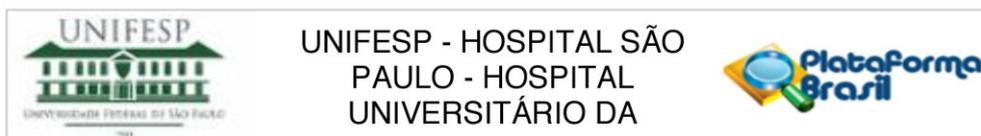
Número do Parecer: 1.971.300

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 1606/2016 (parecer final)

Barreiras enfrentadas por usuários de drogas na sua reinserção social (alcoolistas, usuários de maconha, usuários de crack) e as consequências para esses indivíduos. Introdução: No mundo contemporâneo, as drogas, de forma simplista, foram classificadas como lícitas e ilícitas, tornando a venda e consumo de um grupo de substâncias psicoativas proibidas. Consideradas grandes vilãs à saúde pública, as drogas ilegais trazem graves consequências ao usuário. Além da punição de quem as consomem, produzem e comercializam, a marginalização e a estigmatização geradas pela família, comunidade, religião, escola entre outros atores sociais à respeito dessa população são uns desses grandes prejuízos, criando barreiras na qualidade do tratamento, recuperação e reinserção social desses usuários. Objetivo: O presente estudo tem como objetivo abordar as percepções de diferentes segmentos da sociedade em relação à aspectos que interferem na reinserção social do ex-usuário de droga (preconceito, estigma, desconfiança). Método: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de entrevistas em profundidade. Será utilizado a técnica do ponto de saturação teórica como indicativo que a amostra será suficiente. As entrevistas serão transcritas literalmente,

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.971.300

inseridas e analisadas pelo software NVivo 10, com exploração dos dados mediante a técnica de análise de conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

- Hipótese: Ex-dependentes químicos sofrem estigma e enfrentam enormes barreiras para se reinserir na sociedade.

- Objetivo Primário: O presente trabalho tem como objetivo geral analisar as percepções de diferentes segmentos da sociedade em relação a aspectos da reinserção de ex-usuários de drogas na sociedade (preconceito, estigma, confiança) e como essa visão interfere na vida desses ex-usuários.

- Objetivo Secundário: 2.2.1 Identificar e comparar percepções desses diferentes atores sociais. 2.2.2 Identificar as barreiras sociais dirigidas à esses ex-usuários, provocadas pela percepções desses segmentos. 2.2.3 Identificar os prejuízos que essas barreiras acarretam aos ex-usuários. 2.2.4 identificar as estratégias que os ex-usuários desenvolvem para vencer essas barreiras. 2.2.5 Identificar as diferenças de percepções em relação à ex-usuários de drogas lícitas e ilícitas. 2.2.6 Identificar estigmas internalizados em ex-dependentes químicos de álcool, maconha e crack

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara: - Riscos: Embora pouco provável, a entrevista pode causar algum desconforto, constrangimento ou cansaço do participante.

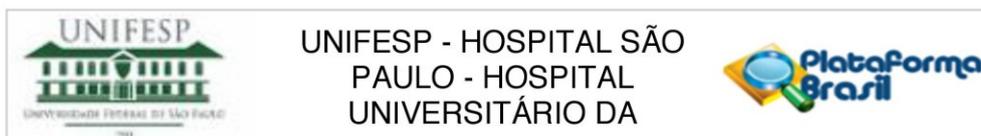
- Benefícios: - Compreender através da perspectiva da sociedade os estigmas, preconceitos... em relação aos usuários de drogas - Compreender sob a ótica ex-dependentes químicos as dificuldades enfrentadas por eles para se reinserirem na sociedade. - Os achados desse estudo pode contribuir para a melhor reinserção de ex-dependentes químicos à sociedade, conquistando seu espaço no mercado de trabalho, com os amigos, na escola, com vizinhos..

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Doutor em Ciências: aluna Janaina Rubio Gonçalves, com orientação de Profa. Solange Aparecida Nappo.

Projeto vinculado ao Departamento de Medicina Preventiva, UNIFESP, Campus São Paulo.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.971.300

TIPO DE ESTUDO: metodologia

qualitativa LOCAL: PARTICIPANTES: -a amostra será intencional em que os participantes serão selecionados por critérios, sendo eles: professores do 6º ao 9º ano do ensino básico, que tem alguma inserção no tema drogas principalmente aquelas objeto deste estudo: álcool, maconha e crack e outros que não tem nenhuma inserção no tema;

profissionais de saúde que lidam com a atenção a usuários de drogas e outros que não tem essa atividade na sua vida profissional; profissionais de comunicação que cobrem e nunca cobriram matérias sobre drogas; religiosos que estão envolvidos na recuperação de usuários de drogas e aqueles que não tem nenhuma atividade nessa esfera, famílias envolvidos em projetos sociais voltados ao tema e aqueles que não tem contato com tal população e exdependentes químicos de álcool, maconha ou crack. Considerar-se-á como ex-usuários, aqueles que não fizeram uso de álcool,

maconha ou crack nos 6 meses que antecederam à pesquisa. A amostra compreenderá esses 13 grupos dos segmentos selecionados. -O N amostral será definido pelo princípio do ponto de saturação teórico. Pretende-se entrevistar 260 participantes (20 participantes de cada um dos 13 grupos). -A amostra será recrutada através de

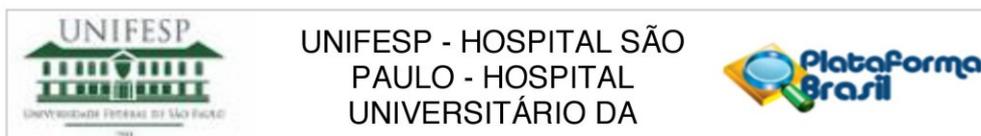
contatos com Comunidades Terapêuticas, clínicas de internação, psiquiatras para os grupos de ex-dependentes químicos de álcool, maconha ou crack e com hospitais, pronto-socorros, escolas (públicas e privadas), grupos religiosos e jornalistas respeitando-se os critérios definidos.

PROCEDIMENTOS: - Inicialmente serão realizadas entrevistas com informantes-chave (IC), pessoas que possuem conhecimento sobre o tema e sobre a população em

estudo, para proporcionar uma aproximação à população de ex-dependentes químicos com o pesquisador, além de contribuir para a elaboração dos roteiros de entrevista. Essas entrevistas com ICs serão conduzidas de forma completamente livre e informal (informal conversational interview) na qual não existirão questões pré-determinadas. As questões serão formuladas baseadas no contexto da conversa e de acordo com tópicos relevantes para o estudo. - Roteiro de entrevistas com os componentes da amostra: As informações obtidas através de entrevistas com IC servirão para a elaboração do roteiro de entrevistas que será aplicado aos componentes da amostra. As questões

consideradas mais controversas serão retiradas ao longo da entrevista de forma a dar mais credibilidade às respostas obtidas. - Entrevista com os componentes da amostra: As entrevistas com os participantes do estudo serão conduzidas após a obtenção do consentimento desses

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.971.300

participantes. As entrevistas serão semi-estruturadas, em profundidade, anônimas e gravadas com a permissão do entrevistado. -Tratamento dos resultados: De forma a obter as frequências e porcentagens relativas às diferentes categorias permitindo interpretações e inferências. Neste estudo utilizar-se-á a técnica de Triangulação na análise dos resultados, ou seja, além do pesquisador, outros 2 pesquisadores analisarão as entrevistas dos participantes do estudo, de forma a identificar a congruência das interpretações. Essa técnica reduzirá a probabilidade de má interpretação gerando resultados mais adequados

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; Orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente; 2- TCLE a ser aplicado aos participantes:

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de respostas de pendências ao parecer original consubstanciado CEP nº 1.855.947 fe 07/12/2016 , quanto aos seguintes questionamentos abaixo:

1- Foi informado que a amostra será recrutada através de contatos com comunidades terapêuticas, clínicas, escolas etc..Como exatamente isto será feito ? E em que local serão realizadas as entrevistas? Se as entrevistas forem realizadas nas comunidades, escolas, será necessário enviar carta de ciência/autorização do responsável por estes locais.

A amostra será recrutada através de contatos dos informantes-chave que participarão da pesquisa, e não através de instituições de ensino, hospitais e clínicas.

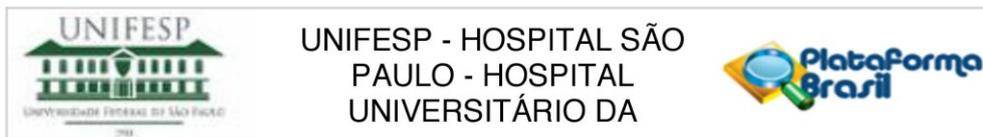
Entendemos que poderá haver um viés na resposta caso os participantes sejam recrutados através dessas instituições, pois estariam respondendo pelo serviço e dessa forma, a resposta estaria impregnada pelo discurso institucional.

O objetivo é identificar quais barreiras que os ex-usuários de drogas enfrentam na sociedade, através de um roteiro de entrevista com profissionais que tem um conhecimento especial desses ambientes institucionais.

CEP-UNIFESP: PENDÊNCIA ATENDIDA

2- 2- Em relação ao TCLE: a) o documento não está coerente gramaticalmente: ele é iniciado com

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.971.300

o pesquisador dirigindo-se ao participante (“Este termo de consentimento livre e esclarecido refere-se à SUA participação...”). Já no segundo parágrafo e seguintes, o texto torna-se uma declaração do participante (“ESTOU ciente que serei submetido a entrevista...”). No 7º parágrafo, o texto está na terceira pessoa (“A qualquer momento, se for de interesse do entrevistado, ELE poderá ter acesso a todas as informações...”); no 9º parágrafo, volta a ser dirigido ao participante (“Em caso de qualquer dúvida VOCÊ terá acesso...”); no 11º outra vez, o texto torna-se uma declaração do participante. Favor adequar: o TCLE não pode ser escrito em forma de declaração do participante; não é uma autorização do participante, mas sim um convite por parte do pesquisador. Favor redigir novamente, dirigindo-se ao participante em todo o documento (“Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo... etc.”). No final do documento poderá haver um parágrafo de declaração do participante, concordando com todas informações dadas. E para deixar o documento mais claro e coerente, separar o texto que se refere ao pesquisador dando informações ao participante (toda a parte inicial), do texto que se refere à declaração do participante de concordância com o estudo (parte final) separar, por exemplo, com um subtítulo: “Declaração do participante”; b)- é necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (não usar a palavra “cópia”), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador; c)- no campo de assinaturas, além da assinatura, inserir local para o nome do participante e do pesquisador que irá aplicar o TCLE

Resposta: Apresentado adequadamente

CEP-UNIFESP: PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

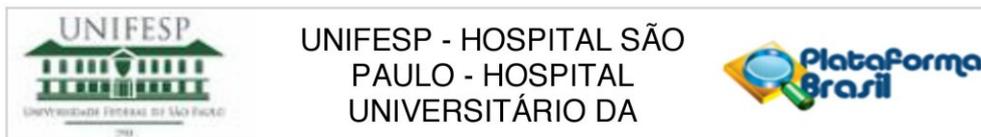
O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

PARECER ACATADO PELO COORDENADOR “ad ref”

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	10/03/2017		Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.971.300

Básicas do Projeto	ETO_818020.pdf	13:29:38		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	brochurajanaina2017.docx	10/03/2017 13:28:15	JANAINA RUBIO GONCALVES	Aceito
Outros	ConclusoesouPendenciaseListadeInadequacoes.docx	10/03/2017 13:26:51	JANAINA RUBIO GONCALVES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEJanainaRubioGoncalves.docx	10/03/2017 13:25:29	JANAINA RUBIO GONCALVES	Aceito
Folha de Rosto	Folharostojanainarubiogoncalves.pdf	15/11/2016 14:14:14	JANAINA RUBIO GONCALVES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 19 de Março de 2017

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-061
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

Anexo 2 – Escala ABEP

Variáveis	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domesticos	0	3	7	10	13
Automoveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2
Escolaridade do chefe da família		Serviços públicos			
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0			Não	Sim
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1				
Fundamental II completo / Médio incompleto	2	Água encanada	0	4	
Médio completo / Superior incompleto	4	Rua pavimentada	0	2	
Superior completo	7				
		PONTOS DE CORTE			
		A			45-100
		B1			38-44
		B2			29-37
		C1			23-28
		C2			17-22
		DE			0-16

APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

(Atores sociais: ex-dependentes de álcool e crack e dependentes de maconha)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa cujo título é PERCEPÇÃO DE EX-USUÁRIOS DE DROGAS SOBRE O ESTIGMA E PRECONCEITO A QUE ESTÃO SUJEITOS QUANDO DA REINSERÇÃO NA SOCIEDADE, que tem como objetivo identificar em profundidade, as percepções de diferentes segmentos da sociedade (ex-dependentes de álcool, ex-dependentes de crack e usuários pesados de maconha) em relação à aspectos de sua re(inserção) (preconceito, estigma, confiança) e como essa visão interfere na vida dos mesmos.

Todas as informações obtidas ao seu respeito farão parte, apenas deste estudo e serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, resguardando, desta forma, a confidencialidade da sua participação. Estas informações contribuirão para uma melhor compreensão do fenômeno de barreiras que ex-usuários de drogas enfrentam para se estabelecer novamente na sociedade e como essas interferem em suas vidas.

Portanto, será necessário que seja realizada uma entrevista em que você será questionado sobre seus dados sociodemográficos, o que você entende como droga, suas percepções sobre dependentes de álcool, maconha e crack entre outras perguntas sobre o tema. A entrevista será gravada e depois transcrita para análise do pesquisador.

Embora pouco provável, a entrevista pode causar algum desconforto, constrangimento ou cansaço, portanto fica assegurada a sua desistência de continuar participando do estudo em qualquer etapa do projeto, e caberá também ao pesquisador responsável, a qualquer momento, proceder a sua exclusão se for para o seu bem-estar.

A qualquer momento, se for de seu interesse, você poderá ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais do estudo.

Quando o estudo for finalizado, você será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidas no estudo.

Em caso de qualquer dúvida você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Janaina Rubio Gonçalves, a qual poderá ser encontrada no telefone 98654-4452 e a pesquisadora associada Solange Aparecida Nappo, que pode ser encontrada no telefone 98122-7193 ou no endereço: Rua Botucatu 740 – 4º andar – São Paulo – SP, Telefone(s) (11) 5576-4848 ramal 1879. Se você

tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) (Anexo 1) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

É compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Será disponibilizado 2 vias originais deste documento (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), no qual deverão ser assinadas, sendo 1 via entregue a você e outra ao pesquisador responsável.

Declaração do participante

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: PERCEPÇÃO DE EX-USUÁRIOS DE DROGAS SOBRE O ESTIGMA E PRECONCEITO A QUE ESTÃO SUJEITOS QUANDO DA REINSERÇÃO NA SOCIEDADE. Este termo de consentimento livre e esclarecido refere-se à minha participação voluntária neste estudo.

Eu discuti com os Dra. Solange Aparecida Nappo e/ou Janaina Rubio Gonçalves, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

_____ Data / /
Assinatura do entrevistado

_____ Data / /
Assinatura da testemunha

_____ Data / /
Assinatura do pesquisador

Apêndice 2 – Roteiro de Entrevista

Grupo: GRUPO A - Álcool; GRUPO B – Maconha; GRUPO C – Crack

Data: ___/___/___ Local: _____

Entrevistado: _____

Idade: _____ Telefone: (____) _____

Horário: Início: ___ : ___ Término: ___/___

Você está participando da entrevista de forma voluntária?

Você permite a gravação dessa entrevista?

1) Roteiro de Entrevistas

1.1) Dados sociodemográficos

1. Qual seu estado civil?
2. Mora sozinho(a) ou mora com alguém?
3. Você tem filhos? Sim ou não?
4. Se sim, quantos?

1.2) Histórico do ex-abuso ou ex-dependência de drogas (álcool, maconha crack)

5. Quais drogas você já utilizou na vida?

1.3) Como utilizavam o (álcool, maconha ou crack)?

6. Você já usou de forma frequente (fez abuso) de álcool, maconha e/ou crack? Sim ou não?
7. Qual a frequência de uso dessas drogas durante esse tempo?

1.4) Prejuízos/benefícios com o uso do (álcool, maconha ou crack)?

8. Você já teve danos físicos, psíquicos e/ou sociais por utilizar essa droga? Se sim, quais foram os danos causados?

9. Por quanto tempo utiliza ou utilizou essa substância?

1.5) Cessar o uso

10. Grupo Álcool e Crack: Há quanto tempo está sem usar essa substância?

Grupo Maconha: Você já interrompeu ou sequer pensou em interromper o uso de maconha? Se sim, por quanto tempo?

11. Você teve alguma dificuldade em deixar de usá-la(s)? Sim ou Não? Por quê?

1.6) Percepção dos entrevistados em relação aos prejuízos causados por (álcool, maconha ou crack)

12. Você acha que alguma dessas 3 drogas (álcool, maconha, crack) traz benefícios e/ou prejuízos físicos, psíquicos e/ou sociais?

13. Qual dessas drogas (álcool, maconha, crack) traz mais prejuízos físicos, psíquicos e/ou social?

14. Qual dessas drogas (álcool, maconha, crack) traz mais benefícios físicos, psíquicos e/ou sociais?

1.7) Busca de tratamento

15. Você recorreu à algum atendimento médico a respeito do seu uso de álcool ou crack? Se sim, quais? Ou já foi internado/ hospitalizado devido ao uso de alguma dessas drogas (álcool, maconha, crack)?

16. Já buscou ajuda psicológica, psiquiatra ou qualquer outro profissional de saúde devido ao seu uso de álcool, maconha ou crack?

17. Em algum desses atendimentos você obteve um tratamento diferenciado por ser usuário de drogas? Se sim, esse tratamento diferenciado foi positivo ou negativo? Por quê? Comente brevemente.

1.8) Relação familiar

18. Sua família tem conhecimento do seu uso de (álcool, maconha, crack)? Se sim, qual foi a reação dela ao saber? Quem da sua família contribuiu de forma positiva e quem contribuiu de forma negativa perante seu uso de álcool, maconha ou crack? Descreva um pouco como ela contribuiu dessa forma.

19. Ela contribuiu positiva ou negativamente a respeito do seu uso de droga (álcool, maconha, crack)? Comente pontos positivos e negativos. Por que você acha que ela teve essa atitude?

20. Você achou correto o comportamento dessa(s) pessoa(s)? Você faria o mesmo, caso tivesse um dependente de álcool, maconha ou crack na família?

21. Devido ao uso frequente de maconha ou a dependência de álcool ou crack você já beneficiou e/ou prejudicou alguém (família, amigos, vizinhos, desconhecidos...)? Descreva quais pessoas e como você as beneficiou ou prejudicou devido ao uso dessa droga.

1.9) Trabalho, estudo e outras metas

22. Você trabalhou antes, durante e/ou depois do uso de álcool, maconha ou crack)?

23. Devido ao uso frequente de maconha ou dependência de álcool ou crack, você obteve algum benefício e/ou prejuízo em seu ambiente de trabalho ou na escola? Quais foram esses benefícios e/ou prejuízos?

24. Devido ao uso frequente de maconha ou dependência de álcool ou crack você foi impedido de entrar em algum ambiente familiar, escolar ou de trabalho ou em algum outro ambiente?

25. Você já abandonou seu trabalho, estudos ou outros objetivos por conta do uso dessa substância? Qual deles você abandonou?

26. Você já frequentou escola, trabalho ou encontro de familiares sob o uso de (álcool, maconha ou crack)? Em qual deles? Qual foi a situação? O que aconteceu? Alguém percebeu? Seu comportamento ficou alterado?

27. Atualmente você está empregado ou desempregado? Por quê?

28. Você conta do seu histórico de uso de álcool, maconha ou crack e/ou possíveis interações nesses ambientes? Por quê?

29. As pessoas que sabem sobre seu uso de álcool, maconha ou crack nesses ambientes te tratam de forma diferente que as outras pessoas? Essa forma de te tratar é positiva ou negativa na sua opinião? Porque?

30. Como você acha que seria uma atitude correta?

1.10) Sobre busca de informação a respeito do tema

31. Você já leu, busca ou buscou informações a respeito do tema drogas? Se sim, onde?

33. Você conversa com amigos(as) sobre o tema drogas?

34. Você conversa com sua família sobre o tema drogas?

35. Você teria mais alguma coisa a acrescentar a respeito de ex-dependentes de crack, álcool ou usuários frequentes de maconha que eu não tenha perguntado?

Bibliografia consultada

Academia Brasileira de Letras. Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa, Volp. Busca no vocabulário. [Internet]. 2016 Set [citado 2018 Feb 01]. Available from: <http://www.academia.org.br/nossa-lingua/busca-no-vocabulario>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Normas de apresentação tabular. 3a ed. Rio de Janeiro: IBGE; 1993.

Normas para teses e dissertações [internet]. 2a ed. rev. e corrigida. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Biblioteca Antônio Rubino de Azevedo, Coordenação de Curso; [citado 2018 Ago 30]. Available from: <http://www.bibliotecacsp.unifesp.br/Documentos-Apostila/normas-para-teses-e-dissertacoes>

Pereira TA, Montero EFS. Terminologia DeCS e as novas regras ortográficas da língua portuguesa: orientações para uma atualização[Internet]. Acta Cir Bras [Internet]. 2016 [citado 2019 Jan 10];27(7):509-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v27n7/a14v27n7.pdf>