

Janaina Rubio Gonçalves

**Razões e implicações
das associações de
álcool ou maconha com crack**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

São Paulo

2013

Janaina Rubio Gonçalves

**Razões e implicações
das associações de
álcool ou maconha com crack**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Orientador (a): Solange Aparecida Nappo

São Paulo

2013

Rubio Gonçalves, Janaina

Razões e Implicações das Associações de Álcool ou Maconha com Crack/ Janaina Rubio Gonçalves - São Paulo, 2013. XIII, 99p.

Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Reasons and Implications of Associations of Alcohol or Marijuana with Crack

1. Crack 2. Usuário de crack 3. Fissura 4. Álcool
5. Maconha 6. Associações de drogas

Universidade Federal de São Paulo

Escola Paulista de Medicina

Departamento de Saúde Coletiva

Chefe do Departamento:

Profa. Dra. Rebeca de Souza e Silva

Coordenador do curso de pós-graduação:

Profa. Dra. Suely Godoy Agostinho Gimeno

Janaina Rubio Gonçalves

Razões e implicações das associações de álcool ou maconha com crack

PRESIDENTE DA BANCA:

Profa. Dra. Solange Aparecida Nappo

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Elisaldo Luiz de Araújo Carlini

Profa. Dra. Gabriela Arantes Wagner

Dra. Lyvia Izaura Gomes de Paula Freire

SUPLENTE:

Profa. Dra. Zila van der Meer Sanchez

Aprovada em: 04/12/2013

Apoio Financeiro

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 N° BEX-1799/05-3) e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID).

Dedicatória

Ao meu anjo da guarda vó Maria Rubio (*in memoriam*), que dedicou sua vida a mim. Sempre lutou para me proteger e educar. Dedico, não apenas esse estudo à senhora, mas à tudo que eu conquistei e virei a conquistar nessa vida. “Saudade tem rosto, nome e sobrenome. 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.

À minha mãe, que vem me acompanhando e me apoiando desde meus primeiros e importantes passos na vida. Meus amores incondicionais (vó e mãe)!

Ao meu namorado Guilherme, que diverte minha vida! Sempre disposto a qualquer hora em qualquer lugar pra qualquer coisa a me ajudar, apoiar e incentivar por mais louco que meus planos pareçam ser... Sempre muito dedicado, amoroso, compreensivo, divertido... Minha força e inspiração!

À Sô (mãerientadora), que, com suas palavras de incentivo e credibilidade no meu trabalho contribuiu com muito mais do que minha formação profissional. Nossas divertidas reuniões (eu, Sô e Josi) sempre recheadas de conhecimento, gargalhadas, desabafos, conselhos, ideias, dicas de beleza da Josi (rs) sempre alegraram meus dias em São Paulo. Minha admiração.

À Josi, minha amiga, companheira, conselheira, mãe... Josi, o que seria de mim sem você nesse mestrado? Amiga, até lanche você me levava na UNIFESP. Muita cumplicidade, gargalhadas, choros, desejos, planos, compras, maquiagens, discussões, conselhos, 25 de março, caronas, reuniões, CAPS, perrengues, almoços...

Aos participantes dessa pesquisa que contribuíram com muito mais do que dados. Foi um enorme prazer poder compartilhar cada história contada e revivida nessas entrevistas com cada um deles. Momentos jamais vividos antes e aprendizados tampouco esquecidos.

À Deus, pela dádiva da vida e por permitir a realização desse sonho.

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

AGRADECIMENTOS

À minha avó e mãe que sempre acreditaram e se aventuraram comigo em meus projetos de vida!

Ao Gui, que contribuiu com as transcrições das entrevistas, montagem das tabelas, configurações do projeto, como companheiro, amigo, namorado de todas e para todas as horas. Com sua inteligência, paciência e amor me ajudou a enfrentar tempestades ocorridas no percurso.

Ao Luis, Marcel e Marina que contribuíram muito para esse meu sonho se tornar realidade. Além de suas casas, me deram atenção, carinho, confiança, quebra-galhos... Obrigada por tudo sempre! Uoohh!

À Vivian, minha irmã e eterna amiga que também me ajudou a transcrever as entrevistas, além de ouvir incansáveis vezes o que eu achei dos resultados dessa pesquisa (rs). Há mais de 15 anos fazendo parte da minha história e tornando minha vida mais leve.

Aos meus cães Nino, Shiva e o Snoop (este último o mais novo agregado da casa) que sempre me proporcionaram momentos de paz, lazer, alegria, amor... Piores ou melhores momentos sempre me recebem com muita alegria e rabinhos abanando!

Ao meu ex-orientador Gilmar Roberto Zaffari, que tanto me apoiou a seguir meus sonhos. Com muito carinho e paciência me ajudou nos meus primeiros passos como profissional.

À minha orientadora Solange que nesse projeto, sua orientação foi além da pesquisa... Obrigada por sua força, ensinamentos e por acreditar em mim.

Ao Prof. Carlini, que me recebeu muito bem quando o procurei antes de prestar a prova da Psicobiologia na UNIFESP. Esse primeiro contato foi muito importante para a minha decisão de fazer o mestrado, pois sem saber quem eu era e de onde eu vinha, como um bom professor não perdeu a oportunidade de despertar o interesse no aluno. Através de sua atenção e ótima indicação é que cheguei à UNIFESP e à Profa. Solange. Minha admiração!

À equipe CEBRID, principalmente ao Herbert, Patrícia e Valéria. Impressões e impressoras, sufoco passado na frente do computador, configurar o projeto nos últimos minutos do segundo tempo... são algumas das muitas coisas que eles fizeram por mim, além de uma

gostosa amizade, muitos conselhos e ótimas risadas...! Gatos, amei! (rs)

À Zila, Ana, Mariana, Cláudia, Julino, Lucas, Marta, Danilo, Yone e Marlene que participaram, compartilharam e construíram a minha formação profissional e emocional.

Ao Thiago e a sua mãe que me ajudaram com consultas psicológicas, no qual com certeza contribuíram muito para esse e outros mais trabalhos.

Aos professores e colegas de pós-graduação por contribuírem, de forma especial e em momentos únicos na minha formação profissional.

Aos centros de tratamento para dependentes químicos, onde foram realizadas as entrevistas. Agradeço muito por permitirem e acreditarem na realização e seriedade desse estudo.

A todos os entrevistados, que confiaram em meu trabalho, dividindo suas histórias e contribuindo de forma muito significativa para a minha vida.

Aos informantes-chaves que enriqueceram este trabalho com sua experiências relacionadas ao tema.

Ao fundo de apoio a pesquisa CAPES e CEBRID que me forneceram subsídios financeiros, técnicos... para o desenvolvimento deste trabalho, além da credibilidade do bom desenvolvimento do mesmo.

Enfim, a todos que de alguma forma tornaram meu sonho possível e prazeroso.

“Não é a consciência do homem que lhe determina o ser, mas, ao contrário, o seu ser social que lhe determina a consciência”

(Karl Marx)

SUMÁRIO

RESUMO	21
LISTA DE TABELAS E FIGURAS	22
1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS.....	25
2.1. OBJETIVO GERAL.....	25
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
3. METODOLOGIA	26
3.1. AMOSTRA.....	27
3.1.1. Tipo de amostra.....	27
3.1.2. Tamanho da amostra	28
3.1.3. Obtenção da amostra	28
4. ENTREVISTAS	30
4.1. Entrevistas com Informantes Chaves (IC).....	30
4.2. Roteiro de entrevistas com os componentes da amostra	30
4.3. Entrevista com os componentes da amostra.....	31
5. ANÁLISE DE CONTEÚDO	32
5.1. Leitura.....	32
5.2. Preparação do material	33
5.3. Tratamento dos resultados	33
6. RESULTADOS	35
6.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	35
6.2. HISTÓRICO DE USO DE DROGAS.....	38
6.2.1. Início de uso	38
6.2.2. Droga de início.....	38
6.2.3. Problemas com drogas	39
6.3. USO DE CRACK.....	41
6.3.1. Idade de início	41
6.3.2. Contato inicial com a droga	41
6.3.3. Conhecimento da droga.....	43
6.3.4. Efeitos da primeira vez.....	44
6.3.5. Quanto tempo após o início do consumo passou a ter problemas.....	47
6.3.6. Estratégias para lidar com os problemas causados pelo crack	48
6.4. ASSOCIAÇÃO DO CRACK COM OUTRAS DROGAS	49
6.4.1. Conhecimento prévio sobre as associações com álcool e/ou maconha.....	49
6.4.2. Escolha da associação	50
6.5. ASSOCIAÇÃO DE CRACK COM MACONHA.....	51
6.5.1. Motivos da associação.....	52
6.6. ASSOCIAÇÃO DE CRACK COM ÁLCOOL	61

6.6.1. Motivos da associação.....	62
6.6.2. Momento que se associa o álcool ao crack	66
7. DISCUSSÃO.....	68
7.1. Características da amostra	70
7.2. Consumo de crack	71
7.3. Associação do crack à outras drogas	72
7.4. Crack e <i>Cannabis</i> (maconha)	73
7.5. Crack e álcool	76
8. CONCLUSÃO	79
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
ANEXOS	91

RESUMO

Introdução: O crack continua sendo um desafio para área de saúde no campo das drogas. Seus efeitos prazerosos rápidos e a fácil obtenção da droga têm conseguido uma adesão crescente de novos usuários. A fissura que é desenvolvida no usuário em função do crack torna-o vulnerável a situações de risco e descontrole de uso da droga. Em função desse efeito, usuários têm tentado estratégias próprias para sobreviver à cultura do crack principalmente à fissura. Nesse sentido, os usuários têm associado o crack com maconha ou álcool com esse propósito. **Objetivos:** O objetivo do trabalho foi identificar com detalhes as razões pelas quais o usuário faz associações de álcool ou maconha com crack, em que momento elas ocorrem (durante o consumo do crack, anterior ao consumo, após o consumo, etc.) e as suas implicações no que se refere à saúde do usuário de crack. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de entrevistas em profundidade. Foi construída uma amostra intencional por critérios, composta por 27 usuários de crack que fizeram associação com álcool ou maconha, de ambos os sexos e com idade entre os 19 e os 56 anos. Estes foram recrutados a partir da técnica de bola de neve, utilizando o ponto de saturação teórica como indicativo que a amostra era 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:** Entrevistados reportaram que a associação com maconha trouxe “proteção” a eles; reduziu os efeitos indesejáveis, melhorou o sono e a fome e diminuiu a vontade de consumir crack. A associação com álcool também reduziu os efeitos indesejáveis porém tornou-se, ao longo do tempo, “gatilho” para o consumo de crack. **Discussão:** Ambas as associações reduziram a fissura e a paranoia, porém a associação com maconha mostrou-se benéfica e protetora ao usuário. Porém, a associação com álcool desenvolveu no usuário, ao longo do tempo, uma dependência cruzada com o crack, aumentando o consumo dessa droga. **Conclusão:** As associações de álcool ou maconha com crack são alternativas bastante comuns entre os usuários de crack. Em ambas as associações foi observado a redução na fissura e na paranoia, porém a associação com maconha pareceu ser mais efetiva e menos danosa. O cocaetileno, a dependência cruzada, um possível aumento do consumo de crack e da agressividade, foram alguns dos resultados da associação de álcool e crack. A discussão sobre o valor da associação de crack com maconha reveste-se de ideologia e proibicionismo devido a ilegalidade da droga impedindo o avanço de se achar uma solução alternativa.

Palavras-chave: Crack; Usuário de crack; Fissura; Álcool; Maconha; Associações de drogas.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Dados sociodemográficos.....	37
Tabela 2. Tabela de Expressões.....	34
Figura 1. Fluxograma.....	29

1. INTRODUÇÃO

O consumo de drogas é uma prática exercida pela humanidade há milhares de anos e que perpetua até os dias de hoje (LABATE et al., 2008). A mídia, incansavelmente, relata casos de abuso de drogas e suas inúmeras consequências ao indivíduo, familiares e à sociedade (RONZANI et al., 2009). Porém, as medidas preventivas adotadas até hoje, por parte de governos, não vem obtendo o sucesso esperado. Pelo contrário, temas como violência, suicídio, mortes, crimes, tráfico, entre outras atividades ilícitas, sempre estão relacionadas ao abuso dessas substâncias e, cada vez mais presente na sociedade, de tal forma que essa prática se torna um problema de saúde pública (ADORNO, 2008).

No Brasil, os dados epidemiológicos obtidos a partir de levantamentos feitos com várias populações como o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LARANJEIRA et al., 2012), I Levantamento Nacional sobre Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre universitários das 27 capitais Brasileiras (ANDRADE et al., 2010a), VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes de Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (CARLINI et al., 2010), II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI et al., 2005) demonstraram que a prevalência de algumas drogas lícitas e ilícitas (*uso na vida*) vem aumentando. Porém, em todos os levantamentos citados o crack não está entre as drogas mais consumidas.

Entretanto, apesar de ocupar posições inferiores, seu potencial de causar danos a quem o utiliza é bastante alto quando se leva em conta os desfechos negativos produzidos por esta droga, transformando o seu abuso em um problema de saúde pública da atualidade no Brasil (DIAS et al., 2011a). Dentre esses danos destacam-se aqueles relacionados à ruptura de vínculos sociais e envolvimento com atividades ilícitas (RIBEIRO et al., 2006; RIBEIRO et al., 2010), provocando alta taxa de homicídios entre esta população (DIAS et al., 2011; REICHENHEIM, 2011), além da prostituição e múltiplos parceiros sexuais com decorrente contaminação por HIV (MALTA et al., 2008; WECHSBERG et al., 2010; NAPPO et al., 2011).

Essa gama de prejuízos causada pelo crack tem levado seus consumidores a desenvolver estratégias próprias (sem supervisão de um profissional de saúde) de proteção para sobreviver a essa cultura da droga, principalmente à fissura (RIBEIRO et al., 2010; ARAUJO et al., 2010). Esta, definida como forte impulso para utilizar uma droga, parece ter

um papel central na manutenção do consumo de crack e conseqüentemente na dependência (ARAÚJO et al., 2008; LACOSTE et al., 2010). Há várias descrições que sob fissura o usuário de crack foca-se no consumo da droga, deixando em plano secundário as necessidades básicas do ser humano como sono, alimentação, afeto, senso de responsabilidade e de sobrevivência (NAPPO et al., 1996; KARILA et al., 2009). A urgência em consumir a droga, sob esse estado, coloca o usuário em situação de muita fragilidade, levando-o a situações de risco. Atribui-se ainda à fissura as inúmeras recaídas que sofrem os consumidores de crack (HAAS et al., 2009).

É pensando na fissura que muitas das estratégias são dirigidas (ARAÚJO et al., 2010). Dentre elas, a associação do crack à outras drogas tem sido uma prática comum entre os usuários, a qual tem como objetivo manipular a intensidade ou a duração dos efeitos do crack. Os propósitos dessas interferências são: amenizar os efeitos negativos – fissura, psicose, dentre outros - ou intensificar ou prolongar os efeitos positivos - efeitos de prazer (OLIVEIRA e NAPPO, 2008; RIBEIRO et al., 2010). Dentro desse contexto, destacam-se as associações que ocorrem com a maconha ou álcool. RIBEIRO et al. (2010) descreveram que a maconha reduz a fissura, os efeitos estimulantes do crack, principalmente a insônia e a falta de apetite. Porém os autores advertem que os consumidores da droga afirmaram que desenvolveram dependência desta, agregando uma complicação adicional além do uso de crack.

Por outro lado, outros autores trazem preocupações com essa associação, como é o caso de OLIVEIRA e NAPPO (2008). Afirmam que o uso do crack com maconha além de adicionar dependências e comorbidades, mascaram a severidade do uso de crack dificultando o usuário a aderir ao tratamento.

Em oposição, ANDRADE et al. (2010) apoiam essa associação, a qual recebe o nome de *Pitilho* no nordeste do país. Os autores vão mais além quando recomendam o uso de *Pitilho* como medida de redução de danos na dependência de crack. LABIGALINI e RODRIGUES (1999) acompanharam durante 9 meses 25 pacientes dependentes de crack e 68 % desses pacientes cessaram o consumo da droga devido ao uso da maconha. Esta, de acordo com o trabalho, reduziu os sintomas de fissura e produziu alterações subjetivas e concretas no comportamento do usuário ajudando-o a cessar o uso de crack. Segundo CARVALHO e SEIBEL (2009), atividades ilícitas como roubos parecem estar mais ligadas ao consumo de crack isoladamente do que crack associado à maconha.

A associação com álcool também traz polêmicas quanto ao “benefício” alegado por alguns. MAGURA e ROSENBLUM (2000) salientam o efeito modulador do álcool, atenuando os efeitos negativos do crack. Por outro lado, FALCK et al. (2008) identificam, entre usuários dependentes de crack, uma dependência associada com álcool. A ação do álcool, quando associado ao crack, seria devido à formação de um metabólito ativo, o cocaetileno (CHASIN, 1996). Este provocaria um aumento e prolongamento da euforia e a diminuição da disforia em períodos de abstinência (PRIOR et al., 2006). Porém alguns autores atribuem a essa associação condutas violentas (CARVALHO e SEIBEL, 2009), uma maior perda do controle do consumo, problemas sociais que levam a comportamentos de risco e, ainda, a associação tem sido ligada a quadros clínicos de maior gravidade, à exemplo, aumento significativo da frequência cardíaca e pressão arterial, danos hepáticos, convulsões, diminuição da função do sistema imunológico, etc. (VASCONCELOS et al., 2001).

As associações com álcool ou maconha parecem ser comuns entre usuários de crack, porém em contrapartida os estudos disponíveis na literatura tratam este fenômeno, na maioria das vezes, do ponto de vista médico, considerando efeitos e prejuízos físicos em detrimento das razões dessas associações atribuídas pelos usuários.

Diante desse contexto, o presente trabalho justifica-se pela abordagem empregada, ou seja, o próprio usuário trará à tona as “vantagens” e desvantagens dessas associações, utilizando para isso o seu conhecimento, os seus valores e os seus pontos de vista, permitindo um entendimento a partir da sua realidade.

CRACK

A cocaína é o principal alcaloide extraído de folhas de coca, arbusto que recebe o nome científico de *Erythroxylum coca*. Em 1859, um cientista alemão de nome Albert Niemann extraiu o alcaloide a partir das folhas da droga e criou o termo cocaína. Rapidamente, relatos enfatizavam os poderes miraculosos da droga, bem como sua capacidade de eliminar a fadiga. Porém a cocaína parece ter sido isolada inicialmente na Bolívia (1858), por Enrique Pizzi, um farmacêutico italiano radicado na América do Sul. Cocaína é uma droga estimulante, utilizada por povos andinos para dissipar a fome e a fadiga, além de proporcionar bem-estar (BUHLER, 1946).

Em 1884, Sigmund Freud sugeriu haver cinco possíveis aplicações para a cocaína,

sendo elas: aumentar a capacidade física, atuar em doenças do aparelho digestivo, para o tratamento da dependência da morfina, como estimulante sexual e como anestésico local. Porém, durante os primeiros anos do século XX surgiram os indícios de problemas relacionados à essa droga como complicações médicas e principalmente pelo seu alto poder indutor de dependência (TOSCANO, 2001).

A cocaína na forma de base livre (crack) era utilizada pelos usuários de crack no início de seu consumo, em São Paulo, quando compravam o cloridrato de cocaína dos traficantes e o submetiam à transformação em crack (NAPPO, 1996). Do processo inicial de extração da cocaína das folhas da planta Coca é obtido um produto conhecido como *pasta base de cocaína*. Através de um procedimento de refino, essa pasta poderá originar o crack ou o cloridrato de cocaína (cocaína em pó), porém nesse último caso são necessárias várias etapas de refino e agentes químicos como acetona, ácido sulfúrico, ácido clorídrico e outras substâncias (INCIARDI, 1993; BONO, 1998). Esta última forma (*pó, farinha*, etc.), por ser solúvel, pode ser inalada e injetada, e em uma prevalência menor, pode ser também consumida oralmente. A insolubilidade do crack (*pedra*) impede a sua utilização pelas vias endovenosa e nasal, sendo possível apenas fumá-lo, o que geralmente é feito pelos seus usuários em cachimbos improvisados (SIEGEL, 1982; NAPPO et al, 2003). Entretanto, devido às poucas fases de refino pelas quais passa o crack, tem um custo bem menor que o pó, porém, em contrapartida, é considerado bem mais danoso à saúde física, mental e ao ambiente social no qual o usuário está inserido (CARVALHO e SEIBEL, 2009). A denominação “crack” advém do barulho que surge quando a substância é aquecida - *crackling sound* (REINARMAN e LEVINE, 1997).

Os efeitos rápidos, intensos e estimulantes do crack são fatores que o torna, além de atrativo à muitos usuários, responsável pelo desenvolvimento de uma série de prejuízos, dentre eles a dependência (DUAILIBI et al, 2008; OLIVEIRA e NAPPO, 2008; BRASIL, 2009; RIBEIRO e LARANJEIRA, 2012).

Quanto aos mecanismos de desenvolvimento de dependência, o crack apresenta características peculiares, como a via de administração inalatória em que é usado e as propriedades moleculares adquiridas pelas transformações físico-químicas no seu preparo. Estes fatos garantem uma pequena latência de efeito (de 5 a 10 segundos) e uma duração média dos efeitos de 5 a 10 minutos (SEIBEL, 2001). Logo, o pouco tempo de latência e a curta duração dos efeitos convergem para efeitos intensos e imediatos, favorecendo a dependência dos usuários (SAMHSA, 2006). Assim, estas características trazem ao usuário

um alto potencial de dependência e efeitos característicos como uma intensa fissura (DACKIS et al, 2001).

A fissura é caracterizada por um desejo quase que incontrolável de consumir uma droga e ocorre com muita frequência na vida de usuários de crack levando-os a um quadro de dependência (DACKIS et al, 2001). As sessões de uso intenso prolongam-se até o esgotamento físico, psíquico ou financeiro do usuário, deixando em segundo plano suas próprias necessidades sócio-sanitárias como alimentação, sono e higiene (OLIVEIRA e NAPPO, 2008). Os comportamentos gerados por esse uso compulsivo foi definido pelos usuários de maior risco quando comparado ao evento psíquico (RIBEIRO et al, 2010).

A prostituição, a disseminação de doenças sexualmente transmissíveis (MALTA et al, 2008; ROXBURGH et al, 2008; OLIVEIRA e NAPPO, 2008; NAPPO et al, 2010) e o aumento da criminalidade também ocorrem entre essa população, sendo observado, como os mais frequentes, roubos e furtos. Tais comportamentos ocorrem com o único objetivo de obter a droga. (OLIVEIRA e NAPPO, 2008; RIBEIRO et al, 2010; CARLINI, et al, 2010; SANTOS et al, 2011; SANTOS, 2011).

Esses comportamentos têm levado essa população a ser socialmente marginalizada e estigmatizada. Segundo um estudo realizado sobre representações sociais do crack na imprensa pernambucana observou a relação direta da droga com o sofrimento e criminalidade perante a opinião pública (SANTOS et al, 2012).

Outro comportamento marcante é a associação de crack à outras drogas (GUIMARÃES et al, 2008; HORTA et al, 2011; GARCIA et al, 2012; FREIRE et al., 2012), já que se inclui um histórico de uso de diversas substâncias na vida do indivíduo que antecedem o uso de crack.

Os usuários de crack tendem a fazer uso de mais drogas, tornando-os poliusuários, sendo o uso exclusivo de crack substituído pela associação à outras drogas (OLIVEIRA e NAPPO, 2008).

As associações mais frequentes descritas por diversos autores ocorrem com álcool e maconha no intuito de manipular os efeitos do crack. (GUIMARÃES et al, 2008; OLIVEIRA e NAPPO, 2008, RIBEIRO et al, 2010; JORGE et al, 2013; SILVEIRA e RODRIGUES, 2013)

Segundo SANTOS (2011) já são observados usos controlados do crack (não diário) no município de São Paulo, apesar da baixa frequência. Esse uso controlado caracteriza-se pelo

uso de crack, associado a atividades pré-existentes (no que se refere à família, trabalho e escola, por exemplo). Esse uso controlado é alcançado pelos usuários através de estratégias próprias de autocontrole ou auto-regulação podendo ser incorporadas a programas de redução de danos, minimizando as implicações de vida associadas ao uso compulsivo (CHAVEZ et al, 2011).

MACONHA

A maconha é uma planta cujo nome científico é *Cannabis sativa L.* Seu principal componente ativo é o delta-9-tetraidrocanabinol (THC) e seus efeitos alucinógenos variam conforme a quantidade de THC presente na planta (CARLINI et al, 1974).

Esta substância atua sobre o sistema canabinóide endógeno (endocanabinóides – que o nosso próprio organismo produz) no cérebro e em outros tecidos corporais através da ligação a dois tipos de receptores de canabinóides nas membranas celulares: CB1 e CB2 (PERTWEE, 2008).

Quando a maconha é fumada, o THC é metabolizado no fígado gerando um metabólito ativo. Este, por sua vez é lipossolúvel, sendo armazenado no tecido adiposo tornando seu efeito prolongado no organismo. Os efeitos da maconha tardam em média até 10 minutos para serem percebidos e após 60 minutos, estes são atenuados (HAFNER, 2005).

Apesar da tolerância da maconha desenvolver-se rapidamente para a maioria dos efeitos, é raro ocorrer efeitos devido à abstinência, talvez devido à meia-vida longa dos canabinóides no organismo (WHO, 2006).

Dentre os efeitos agudos produzidos por esta planta estão sensações de bem-estar, acompanhada de calma, relaxamento e vontade de rir (hilaridade) (CARLINI et al, 2001). Segundo GREEN et al, 2003 são esses os efeitos que torna a maconha atrativa aos seus usuários.

Porém há pessoas que sentem desconfortos (efeitos desagradáveis) ao consumi-la como sensações de angústia, temerosas de perder o autocontrole, trêmulas, sudorese intensa, boca seca e olhos avermelhados. Dependendo da quantidade ingerida, pode chegar a provocar alterações como delírios e alucinações. (CARLINI et al, 2001).

De acordo com ECKSCHMIDT et al (2013), 52,9 % dos universitários americanos com idade entre 18 e 24 anos usam maconha. No Brasil, dentre as drogas ilícitas, a maconha foi a mais utilizada em relação ao *uso na vida* (ANDRADE et al., 2010^a; CARLINI et al., 2010). Estudos mostram que o *uso na vida* é mais frequente em jovens universitários (26,9%) quando comparados a população geral brasileira (17,0%) (ECKSCHMIDT et al, 2013).

Os estudos realizados com a maconha e seus componentes químicos desafiam pesquisadores quanto aos seus benefícios e prejuízos.

A exposição de THC no organismo pode causar sintomas psicóticos transitórios agudos em indivíduos saudáveis e pacientes com esquizofrenia (MORRISON et al. 2009; STONE, 2013). Segundo DeRosse, (2010), os pacientes com comorbidades de esquizofrenia e transtorno por uso de maconha apresentaram um quadro mais elevado de esquizofrenia quando comparado ao grupo sem transtorno de uso por maconha.

O uso a longo prazo dessa substância resultou em déficits cognitivos que demonstraram aumentar em função da frequência, duração, dose e idade de início do uso (RIGONI et al 2007; SOLOWIJ e PESA, 2010; WAGNER et al, 2010). Porém a vulnerabilidade para reações psicóticas com o uso dessa droga também pode ser parcialmente genético (DI FORTI et al, 2012).

Prejuízo na memória, na habilidade de resolver problemas e a síndrome amotivacional, caracterizada por déficits de atenção e motivação são alguns dos comprometimentos cognitivos e conseqüentemente de rendimento intelectual provocados pelo uso da maconha (WAGNER e OLIVEIRA, 2009).

Entretanto, na literatura é descrito que as alterações provocadas pela maconha no SNC são recuperadas após um mês de abstinência (POPE et al, 2001; SCHWEINSBURG et al, 2010).

Já a abstinência, também observada em usuários crônicos e em altas doses, é caracterizada por: ansiedade, insônia, perda de apetite, tremor das mãos, sudorese, reflexos aumentados, bocejos e humor deprimido (WATSON et al, 2000; BUDNEY et al, 2001).

GRAEFF (1989) menciona ainda que o uso frequente e em doses elevadas da maconha pode levar a tolerância. Porém quando não ocorre o uso abusivo, este fenômeno ocorre muito raramente (HANEY et al, 1999).

Estudos relacionados às propriedades terapêuticas do uso da maconha também vem

sendo explorados.

Em uma revisão científica sobre efeitos benéficos e adversos da maconha observou-se, sob o ponto de vista clínico, que o THC, entre outros princípios ativos presentes na maconha produzem benefícios terapêuticos como os efeitos sobre a náusea/vômitos, devido à quimioterapia de câncer, como promotor do apetite, em algumas condições dolorosas e sobre os sintomas de esclerose múltipla (CARLINI, 2004). Da mesma forma, não existem dados convincentes na literatura científica que demonstrem que ocorrem alterações neuropatológicas no cérebro dos usuários de maconha (IVERSEM, 2003; CARLINI, 2004).

Em indivíduos com depressão acentuada observam-se taxas mais elevadas de consumo problemático de maconha, porém seus efeitos benéficos foram claros quanto a qualidade do sono nesses pacientes (BABSON et al, 2013).

Segundo WALSH et al (2013), o uso da maconha foi utilizada para tratar eficazmente a dor, distúrbios do sono e ansiedade naqueles que faziam uso da mesma.

Muitos estudos mostram prejuízos significativos no período inicial de abstinência, mas falham em demonstrar déficits residuais. Estas alterações são usualmente sutis, resultam do uso crônico e pesado da droga e referem-se, sobretudo, à funções de memória e atenção (GRANT et al, 2003).

Alguns autores vão mais além quando se referem ao uso terapêutico dessa planta. Como estratégia de redução de danos, a maconha pode ser utilizada associada à outras drogas ou como droga de substituição. Segundo TULEVSKI, 2011, durante o período de abstinência de opiáceos o uso de maconha foi frequente, pois segundo relatos desses dependentes os efeitos analgésico, antiemético e neuronal contribuíram para o sucesso da retirada de opiáceos.

Em um estudo realizado por RIMAN, 2009, nos EUA, 40 % dos participantes da pesquisa usaram cannabis como um substituto para o álcool, 26% como um substituto para drogas ilícitas e 66% como um substituto para medicamentos prescritos, nos quais, as razões mais comuns para a substituição foram: efeitos colaterais menos adversas (65%), uma melhor gestão dos sintomas (57%), e menor potencial de retirada (34%) com cannabis.

Segundo LABIGALINI e RODRIGUES (1999), o uso da maconha por usuários de crack pode ser uma oportunidade única para abrir novos caminhos para um fenômeno complexo como a dependência de crack.

ÁLCOOL

O álcool é considerado uma droga depressora do sistema nervoso central e o seu uso é um comportamento presente e admitido em diversas culturas desde os tempos remotos. (VALLEE, 1998).

A ingestão dessa substância provoca diversos efeitos, que aparecem em duas fases distintas. A primeira fase provoca efeitos estimulantes como euforia, desinibição e loquacidade (maior facilidade para falar). E a segunda fase provoca efeitos depressores como falta de coordenação motora, diminuição da ansiedade e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo até mesmo provocar o estado de coma (DUBOWSKI, 1985; OBID, 2013; WHO, 2006).

O etanol age no organismo aumentando a inibição dos neurotransmissores gabaérgicos, mas também reduz a excitação dos neurotransmissores glutamatérgicos. Ou seja, o álcool aumenta a inibição e reduz a excitação no organismo, justificando ser uma droga que “deprime” o sistema nervoso central. (STAHL, 2010).

Atualmente, apesar de sua ampla aceitação social (VARGAS e MAV, 2008), o seu uso abusivo vem se tornando um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil.

O consumo de bebidas alcoólicas, ao longo do tempo e/ou em excesso pode desenvolver dependência, condição esta conhecida como alcoolismo. O alcoolismo é um conceito que surgiu no século XVIII, porém estudos relacionados à função das consequências para os usuários como o alto índice de mortalidade surgiu apenas no século XX (GIGLIOTTI e BESSA, 2004; LUIS et al, 2008). A identificação precoce do alcoolismo é difícil, pois os prejuízos intelectuais, psicológicos e físicos não se mostram tão evidentes nos estágios iniciais (MORSE e FLAVIN, 1992). Fatores biológicos, psicológicos e socioculturais também podem ser protetivos ou indutores ao consumo de álcool, dependendo da particularidade de cada indivíduo (CARLINI et al, 2001).

A dependência é um conjunto de fenômenos que envolvem a dificuldade em controlar o uso de uma substância mesmo quando há consequências danosas relacionadas ao comportamento, a cognição e a fisiologia corporal no indivíduo. Na dependência, geralmente há prioridade ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações sócio-ocupacionais (DSM IV-TR).

A dependência alcoólica traz grandes problemas e consequências ao indivíduo, tanto físicas quanto psíquicas, que podem, na maioria das vezes, causar prejuízos no trabalho, desorganização familiar, comportamentos agressivos (p.ex., homicídios), acidentes de trânsito, exclusão social, entre outros (HECKMANN e SILVEIRA, 2009).

Um dos fatores para se diagnosticar quadros de dependência de álcool é analisar se o indivíduo desenvolveu tolerância à essa substância. Ou seja, se há necessidade de crescentes quantidades de ingestão da substância para se atingir o efeito desejado ou acentuada redução do efeito desejado e esperado com o uso continuado da mesma quantidade de substância (SENAD, 2011).

Outro fator importante no diagnóstico da dependência do álcool é a síndrome de abstinência alcoólica (SAA). Saliência do comportamento de busca do álcool, aumento da tolerância ao álcool, sintomas repetidos de abstinência ou quando a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência são fatores para se diagnosticar a síndrome de abstinência alcoólica. Esta por sua vez provoca muito sofrimento em pacientes diagnosticados com SAA (SENAD, 2008).

A síndrome de abstinência pode provocar tremores, transpiração, fraqueza, agitação, náuseas, cefaleia, vômitos, convulsões e *Delirium tremens*. O uso prolongado de álcool pode provocar alterações na função e na morfologia cerebrais, prejuízos cognitivos e diminuição do volume cerebral (WHO, 2006).

Recentes levantamentos populacionais comprovam que o consumo de álcool é bastante relevante entre a população brasileira como citado acima, porém também é alta a porcentagem de indivíduos dependentes de álcool. (LARANJEIRA et al, 2007).

Levantamentos realizados nos últimos anos (CARLINI et al., 2005; ANDRADE et al., 2010^a; CARLINI et al., 2010; LARANJEIRA et al., 2012), indicaram o álcool como a primeira droga a ser consumida na vida de um indivíduo. Estudos comprovam que, o início do consumo dessa substância ocorre muito precocemente, em torno de 11 a 13 anos de idade (STRAUCH et al, 2009). Outro estudo realizado com uma população jovem adulta mostrou uma maior frequência de uso de álcool quando comparados à população geral brasileira (ECKSCHMID et al, 2013).

Os adolescentes e jovens adultos são quem apresentam maiores problemas relacionados ao uso/abuso de álcool, mesmo quando há um baixo consumo dessa droga (FADEN, 2005; SILVA et al, 2006). Quando esse uso é realizado antes dos 16 anos de idade,

o risco de beber em excesso aumenta significativamente na idade adulta (LARANJEIRA et al, 2007).

Em um estudo realizado por SANTOS (2011) em centros de tratamento para dependência química, o autor observou que as drogas mais consumidas pelos dependentes químicos atendidos eram o crack e o álcool.

Alguns estudos tem demonstrado o uso frequente do álcool entre usuários de crack, o qual tem sido relatado como uma forma de modular os efeitos do crack (GUIMARÃES et al, 2008; OLIVEIRA e NAPPO, 2008; RIBEIRO et al, 2010; HORTA et al, 2011; SANTOS et al, 2011), porém há autores que mencionam benefícios e prejuízos quanto a esta forma de uso concomitante.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

O presente trabalho tem como objetivo identificar em profundidade, junto aos usuários e ex-usuários de crack, as razões pelas quais eles associam o crack ao álcool ou à maconha.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Identificar os “benefícios” e “prejuízos” dessas associações do ponto de vista de danos sociais e à saúde.
- 2) Identificar em que momento do consumo de crack a associação é feita e, avaliar se esse instante determinado interfere no efeito da associação.

3. METODOLOGIA

A escolha da metodologia utilizada em uma pesquisa científica deve ser a mais adequada para que ocorra a descrição e explicação do fenômeno investigado (RICHARDSON, 1999). Assim, devido as características da população em estudo: ser escondida por constituírem-se em usuários de droga ilegal dificultando o acesso do pesquisador e o fenômeno não ser totalmente conhecido como se processa no usuário, levam à utilização de metodologia baseada nos princípios da metodologia qualitativa de pesquisa. Esta permite, de forma eficiente, o estudo de “populações escondidas” (SERRAPIONI, 2000), monitorando tendências no uso de drogas e identificando práticas comportamentais emergentes e de relevância à saúde pública (CLATTS et al, 2002). Ainda, permite descrever e analisar o fenômeno que se pretende entender partindo dos valores, categorias, comportamentos e visão daqueles que o vivenciam ou vivenciaram (WHO, 1994; PATTON, 2002), sendo analisados suas opiniões e sentimentos. Devido a essas características, alguns autores alegam que, quando se refere à estudos de comportamentos, entendimento e desenvolvimento de soluções como a compreensão da influência das estruturas sociais nos comportamentos individuais (LESHNER, 1998), apenas o uso de pesquisa quantitativa é demasiadamente estreito e reducionista para estudar as questões sociais (MARTIN & STENNER, 2004; NEALE et al., 2005). Porém, não há métodos de pesquisa mais ou menos importantes, mas complementares à compreensão do fenômeno (MINAYO & SANCHES, 1993; SERRAPIONI, 2000; POPE et al., 2000; CARRILLO, 2004).

Outra vantagem do método qualitativo para este estudo é a proximidade do pesquisador com o sujeito, a fim de conhecer, compreender, interpretar e descrever os sentidos e significados do fenômeno que se pretende estudar, através de suas histórias e vivências (MINAYO & SANCHES, 1993; CARRILLO, 2004; NOGUEIRA-MARTINS & BÓGUS, 2004). Somado a essas propriedades, o método permite uma abordagem dinâmica e flexível, sendo possível a introdução de novos tópicos de estudo no decorrer da pesquisa, quando assim surgir descobertas inesperadas (WHO, 1994). Esse é um atributo importante, pois no caso do fenômeno em pauta, ainda pouco explorado com foco no usuário, os achados imprevisíveis podem ser mais comuns do que se pode supor exigindo um ajuste no desenho da pesquisa.

Entretanto, esse método não permite generalização dos achados à população geral ou inferências à 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-se ao objetivo.

Diante da proposta do presente trabalho, o método adotado privilegiou a compreensão de fenômenos sociais envolvendo, em especial, as razões e implicações das associações de álcool ou maconha com crack nos usuários/ex-usuários de crack, relacionando esse comportamento às dinâmicas sociais e à cultura de uso do crack (MALCHY et al., 2008).

3.1. AMOSTRA

3.1.1. Tipo de amostra

A abordagem quantitativa privilegia o critério numérico, uma amostra estatisticamente representativa e aleatória (MAYS & POPE, 1995; POPE et al., 2000). Em contrapartida, métodos qualitativos de pesquisa consistem no estudo detalhado e em profundidade de determinada cultura ou fenômeno social, sendo a amostra intencional (*purposeful or intentional sampling*) (PATTON, 2002). Esta, por sua vez seleciona participantes que vivenciam este fenômeno social, assim denominados de casos ricos em informação (VÍCTORA et al., 2000), buscando-se a diversidade dentro da amostra, de forma a contemplar as diferentes perspectivas do fenômeno.

Uma amostra *intencional* foi selecionada por critérios previamente definidos, de importância para o entendimento do assunto (PATTON, 2002; TAYLOR e BOGDAN, 1998) e constituída dos casos ricos em informação para entrevistas em profundidade e nas informações específicas para objeto de estudo (TAYLOR e BOGDAN, 1998; PATTON, 2002), ou seja, com vivência na dependência do crack e as associações dessa droga à outras como álcool ou maconha. Os critérios incluíram usuários/ex-usuários de crack, maiores de 18 anos de idade e que utilizaram crack pelo menos 25 vezes, garantindo, dessa forma, que usuários experimentais não fizessem parte da amostra (SIEGEL, 1982). Como ex-usuários, aqueles que não fizeram uso de crack nos 6 meses que antecederam à pesquisa (DSM-IV-TR, 2002). Em relação às associações, foram incluídos àqueles que fizeram pelo menos 25 vezes uso de crack com álcool ou maconha de forma a estabelecer as peculiaridades de cada

associação. Nesse estudo, também foram incluídos aqueles que desistiram da associação, ainda que no início (apenas utilizou uma vez).

3.1.2. Tamanho da amostra

O tamanho da amostra, mesmo sendo previamente definido ao realizar o estudo, pode variar conforme as entrevistas forem ocorrendo, sendo necessário garantir a inclusão de todos os perfis a serem analisados utilizando-se de um instrumento epistemológico, o ponto de saturação. Este, designa o momento em que os discursos começam a se tornar repetitivos, ou seja, que não há mais novas descobertas e os dados obtidos não contribuirão para compreensões adicionais (PATTON, 1990; DIAZ et al., 1992; MINAYO e SANCHES, 1993; WHO, 1994; TAYLOR e BOGDAN, 1998; THIRY-CHERQUES, 2009). No presente estudo, o ponto de saturação estabeleceu o encerramento da coleta de dados, após serem realizadas 27 entrevistas com usuários de crack. Seus discursos foram abordados até o seu esgotamento, sendo assim cumpridos os propósitos iniciais da pesquisa a serem investigados.

3.1.3. Obtenção da amostra

A primeira etapa do projeto foi contatar os informantes chaves, pessoas que possuem o conhecimento sobre o tema a ser estudado (OPAS, 1993).

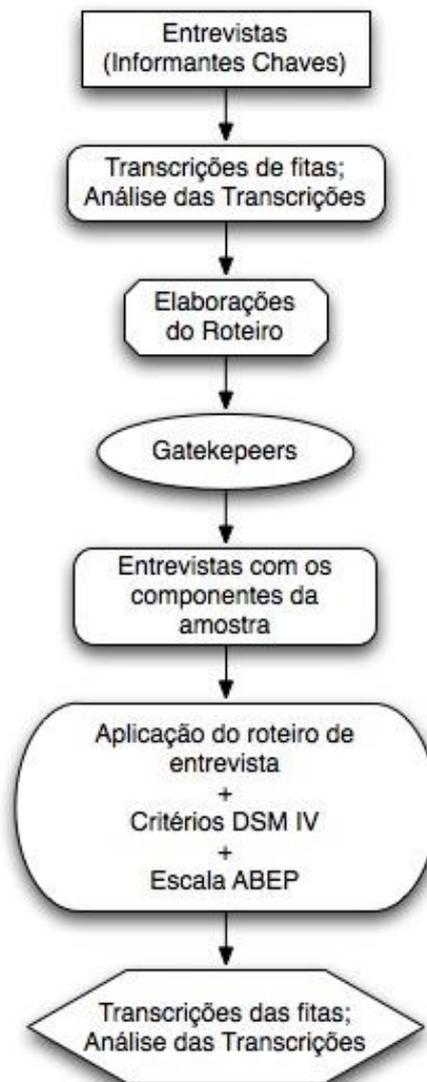
Após, foram realizadas as entrevistas com essas pessoas a fim de obter subsídios para elaboração do roteiro de perguntas a ser aplicado a amostra (tema que será abordado no item 4 – Entrevistas).

O fato da população ser marginalizada e portanto, de difícil acesso, foi necessário contatar pessoas que aproximassem o pesquisador dessa população, sendo eles chamados de *gatekeepers* (tema que será abordado no item 3.1.4 – Entrevistas) (WHO, 2004; CRESWELL, 2009).

Elaborado o roteiro de perguntas e feito os primeiros contatos com a população em estudo, foram realizadas as entrevistas com os componentes da amostra. O roteiro utilizado como instrumento de pesquisa englobou os critérios do DSM IV (ANEXO 3), o qual forneceu dados referentes à dependência dos entrevistados.

A amostra foi recrutada utilizando-se a técnica de *bola de neve*, na qual cada entrevistado indicou o próximo e assim por diante (BIERNACKI e WALDORF, 1981), formando-se cadeias. As cadeias de entrevistados foram formadas de tal forma que os membros de uma não tiveram nenhuma ligação com os membros das outras, assegurando heterogeneidade entre as cadeias investigadas e a possibilidade de uma maior variedade de perfis de componentes.

Fluxograma



4. ENTREVISTAS

4.1. Entrevistas com Informantes Chaves (IC)

A primeira fase deste estudo foi a seleção de 7 informantes chaves (*Key Informants*), pessoas que têm um conhecimento especial do tema e da população em estudo (WHO, 1994), sendo eles 5 psiquiatras e 2 psicólogos, que atuam na área de abuso e dependência de drogas.

As entrevistas foram conduzidas de forma completamente livre e informal (*informal conversational interview*) (KVALE, 1996; CRESWELL, 2009), com questões sendo formuladas durante o contexto da conversa e com tópicos relevantes para o tema em estudo.

Devido a população estudada ser de difícil acesso como consequência da própria ilegalidade da droga, esses informantes chaves em algumas ocasiões serviram como intermediários, facilitando a aproximação da pesquisadora à essa população, como também forneceram subsídios para a elaboração do roteiro de perguntas aplicado a amostra (ANEXO 3) (PATTON, 1994; TAYLOR e BOGDAN, 1998). Nesse caso, atuaram como *gatekeepers*, termo que define pessoas que facilitam a entrada dos pesquisadores no ambiente que inclui a população a ser estudada (WHO, 1994 e CRESWELL, 2009). No caso do presente estudo, 2 informantes chaves (psiquiatras) e um diretor de uma comunidade terapêutica também atuaram como *gatekeepers*, facilitando a receptividade da população estudada em relação á pesquisadora e dessa forma promovendo o primeiro contato desta com os possíveis investigados.

4.2. Roteiro de entrevistas com os componentes da amostra

A elaboração do roteiro baseou-se nas informações obtidas através das entrevistas com os IC e nas informações da literatura nacional e internacional relacionada ao tema. O roteiro constituiu-se de algumas questões padronizadas para permitir a comparação de respostas entre os entrevistados. As questões consideradas mais controversas foram reiteradas ao longo da entrevista, de forma a dar mais credibilidade às respostas obtidas (CRESWELL, 2009; PATTON, 2002).

Questões relacionadas aos dados sócio-demográficos: foram realizadas perguntas como idade, escolaridade, estado civil, local de moradia, trabalho, sua ocupação, quantidade

de filhos, com quem eles residem e questões financeiras. Para determinação da classe socioeconômica foi utilizada a escala de *Critério de Classificação Socioeconômica Brasil*, elaborada pela ABEP (Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa, 2012) - ANEXO 4. Esta escala apresenta estimativas eficientes a respeito da classificação do entrevistado em classes econômicas que variam da A1 à E. Em pesquisas qualitativas (ABEP, 2012), geralmente empregadas em entrevistas em profundidade ou grupo focais, essa escala apresenta eficácia e consistência a respeito do poder aquisitivo da população.

Em relação ao histórico de uso de drogas foram investigados: idade e droga de início, problemas com drogas, sequência de drogas utilizadas até chegar ao crack, etc. No bloco que investigou o consumo de crack foram abordadas questões relacionadas ao primeiro uso da droga (a idade, como a conheceu, quais informações dispunha sobre a droga, efeitos da droga no primeiro contato, tipos de problemas que sofreu com o consumo, estratégias que desenvolveu para contornar esses problemas). Após, foram elaborados 3 blocos de perguntas relacionados às associações de crack com álcool, maconha e outras drogas, abordando questões relacionadas ao momento de usá-las (antes, durante ou após o uso de crack), qual droga foi associada ao crack pelo entrevistado, como soube dessas associações, o conhecimento que tinha sobre elas entre outras perguntas abordando o tema.

Sobre o custo e disponibilidade das associações foi questionado se é frequente usuários de crack fazerem tais associações e qual o grau de prejuízo (social, financeiro e físico) acarretado por essa prática.

4.3. Entrevista com os componentes da amostra

Com os entrevistados da amostra foi utilizada uma entrevista semi-estruturada baseada em roteiro previamente elaborado com as informações obtidas através dos informantes chaves e da literatura. Além desse roteiro, foram aplicados os critérios que definem dependência (DSM-IV).

Baseadas nesses dois instrumentos para coleta de dados (PATTON, 2002), realizaram-se entrevistas em profundidade, na cidade de São Paulo, durante os anos de 2012 e 2013, sendo todas realizadas após a obtenção do consentimento desses participantes, garantindo seu anonimato e gravadas com a permissão do entrevistado (WHO, 1994).

As entrevistas tiveram a duração média de 45 minutos e ocorreram em locais apropriados para esse tipo de intervenção, ou seja, em salas reservadas dentro de centros de tratamento para dependência química.

5. ANÁLISE DE CONTEÚDO

Após transcrição literal das entrevistas, cada uma foi identificada com um código alfanumérico significando, pela ordem: inicial do primeiro nome do entrevistado, idade do entrevistado, inicial do sexo do entrevistado (F ou M), CA para usuários que faziam uso de crack apenas associado ao álcool, CM para usuários que faziam uso de crack apenas associado à maconha e CACM para usuários que faziam uso de crack associado ao álcool ou maconha até o momento da entrevista.

A amostra codificada: E56MCA, G38MCM, E44FCA, S33MCACM, V49MCACM, P43MCACM, F34MCACM, W21MCACM, G21MCACM, V43MCACM, R39MCACM, J40MCACM, P34MCACM, D35MCACM, C33MCACM, U46MCACM, F19MCACM, M29MCACM, T31MCACM, R32MCACM, D28MCACM, D35MCACM, R27MCACM, A21MCACM, R27MCACM, A23FCACM, D24FCACM.

No item “Resultados” e “Discussão”, os relatos destes entrevistados são transcritos em itálico e identificados com seu código alfanumérico, permitindo melhor compreensão dos dados.

As transcrições foram analisadas como proposto por TAYLOR and BOGDAN (1998) e BARDIN (2004), de acordo com os seguintes passos:

5.1. Leitura

Foram realizadas leituras flutuantes das transcrições das entrevistas permitindo que a pesquisadora entrasse em contato exaustivo com o material.

5.2. Preparação do material

Consistiu no desmembramento e reagrupamento das respostas de acordo com o tópico em questão. Esse material deu origem a arquivos independentes para cada item do roteiro, cada um deles compreendendo a resposta de cada entrevistado referente a cada tópico. Dessa forma foram produzidos 58 arquivos, cada um com 27 respostas que correspondem ao número de entrevistados.

Para esta preparação do material contou-se com a ajuda de um software destinado a pesquisa qualitativa Nvivo 10. A partir dessa informação, as categorias, em relação aos diferentes comportamentos identificados foram construídas.

5.3. Tratamento dos resultados

De forma a obterem-se as frequências e porcentagens relativas às diferentes categorias, permitindo interpretações e inferências utilizou-se a técnica de Triangulação na análise dos resultados, ou seja, além do pesquisador principal, outros 2 pesquisadores analisaram as entrevistas dos participantes do estudo, de forma a identificar a congruência das interpretações, a fim de garantir a qualidade e confiabilidade dos resultados (PATTON, 1990; MERRIAM, 2002), reduzindo-se a probabilidade de má interpretação.

Em pesquisa qualitativa os dados são extensos e subjetivos tendendo a ser representados de forma essencialmente descritiva, (TRIVIÑOS, 1987; POPE e 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 na escala abaixo:

Tabela 2: 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 (...)	

6. RESULTADOS

6.1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

A maior parte da amostra (Tabela 1) foi composta por homens (90 %). Esse fato pode ter ocorrido devido aos locais onde a amostra foi recrutada, ou seja, os componentes da amostra foram buscados em locais de tratamento. É sabido que mulheres, nesses locais, estão em porcentagem muito pequena. Este dado será melhor explicado na Discussão.

Mais da metade da amostra (15) (Tabela 1) concentra-se na faixa etária de 19 a 35 anos caracterizando uma amostra jovem. Porém, do total da amostra apenas 8 entrevistados relataram viver com a família, sendo que o restante dividiu-se em albergue e rua. Importante esclarecer, que alguns participantes da amostra que reportaram viver em albergues, tiveram ajuda de assistentes sociais dos locais de tratamento para esse fato, ou dos próprios albergues, através de encaminhamentos quando observado necessário para o paciente. Caso contrário fariam parte do grupo daqueles que viviam em condições de rua.

“Então são 15 dias abstinente. Eu passei 5 dias na rua, sem usar nada, sabe? E depois eu procurei o Boracéia que é o albergue, eles me deram o encaminhamento para o Aliança e da Aliança aqui no CRATOD...” (S33MCACM)

“Ultimamente eu tava na rua. É, hoje eu to na casa João Paulo, né? Eu vim da rua pra essa casa João Paulo e comecei o tratamento aqui.” (V49MCACM)

TABELA 1: Dados sociodemográficos

Característica da amostra	
Sexo	
Masculino	24
Feminino	3
Faixa etária	
19 a 25 anos	6
26 a 32 anos	6
33 a 39 anos	7
40 a 46 anos	5
47 a 53 anos	1
54 a 60 anos	1
Moradia	
Mora com a família	8
Albergue	15
Morador de rua	4
Escolaridade	
Fundamental 1 Incompleto	2
Fundamental 1 Completo	1
Fundamental 2 Incompleto	10
Fundamental 2 Completo	2
Médio Incompleto	1
Médio Completo	9
Superior Incompleto	1
Superior Completo	1
Classe Social	
Classe B1	1
Classe B2	2
Classe C1	4
Classe D	2
Classe E	18
Estado Civil	
Solteiro	18
Separado	8
Viúvo	1
Filhos	
Não possuem filhos	13
Possuem filhos	14
Quantos filhos	
1 filho	10
3 filhos	3
4 filhos	1
Trabalho	
Empregados (licença)	2
Empregado informal	2
Desempregados	23

A partir da aplicação dos critérios de Classificação Econômica Brasil (ABEP), no que se refere à classe social dos entrevistados, a maioria (18) pertence à Classe E, não existindo na amostra nenhum representante da Classe A e apenas 3 pertencentes à Classe B. Apesar da predominância de classes sociais mais baixas, observa-se uma escolaridade não condizente com esse contexto. Por exemplo, não faz parte da amostra nenhum analfabeto, em contrapartida encontram-se 15 participantes da amostra com ensino fundamental e 10 com ensino médio. Observou-se ainda, dois entrevistados com ensino superior (Tabela 1).

Nenhum componente vive com esposo (a) ou companheiro (a), entretanto, pelo menos 9 relatam que já tiveram alguém na vida, mas atualmente vivem sozinhos. Por outro lado, 14 entrevistados relataram ter filhos, mas nenhum deles vive ou tem relações mais próximas com essas crianças, as quais vivem com suas mães (Tabela 1).

Todos os entrevistados relataram terem trabalhado alguma vez na vida, porém ao momento da entrevista, apenas a minoria se encontrava empregada. Dão algumas justificativas para essa condição sendo a principal o fato de estarem em tratamento. Outra causa citada foi a falta de condições físicas e psicológicas para exercerem algum trabalho. Entretanto, novamente observa-se uma disparidade entre a escolaridade e os trabalhos relatados. Grande parte exerceu trabalhos que não lhe exigia grande destreza intelectual, como por exemplo: pintura de carro, auxiliar de limpeza, entregador de supermercado, etc. (Tabela 1).

“Ah, na situação que eu to, num to trabalhando, porque não tem condições, entendeu? Não aguento. Não vou arriscar, porque eu sou um cara, que vou dizer pra você, motorista rodoviário e eu não vou encher um ônibus ou um caminhão de carga pra puxar pra cá e pra lá e acabar com a minha vida e ainda acabar com a vida de muitos por aí, entendeu? Isso eu tenho essa consciência. Eu não tenho condições mental e nem física, misturar com o volante e aguentar o peso, porque o ônibus você vê o peso dele no volante, mesmo que ele seja hidráulico, mas você tem aquela responsabilidade... Não me sinto apto a trabalhar ainda.”
(J40MCACM)

“Eu no momento não posso trabalhar que tenho osteoporose nos dois joelhos e não tem como trabalhar. Fui pra ser operado e o médico disse que só depois dos sessenta anos.”
(E56MCA)

“Não. No momento agora, estou só fazendo curso e fazendo meu tratamento.”
(M29MCACM).

6.2. HISTÓRICO DE USO DE DROGAS

Nesse tópico investigou-se as drogas que antecederam o crack, assim como a temporalidade em que elas surgiram na vida do entrevistado.

6.2.1. Início de uso

Houve uma grande diversidade em relação a idade em que iniciaram o uso de drogas. Grande parte reportou um início de consumo de drogas antes dos 18 anos, existindo relatos com começo bastante precoce, ainda na infância, com idades de 6 e 7 anos.

“A primeira vez que tomei um porre de verdade foi com 6 anos, é numa festa...”
(R27MCACM)

Deve-se fazer uma ressalva no que se refere à memória dos entrevistados. Alguns nitidamente não lembraram exatamente a idade de início e atribuíram esse esquecimento ao longo tempo de consumo de droga.

“Putz eu... desculpa mas é... é assim, alguns relatórios estão meio deflagrados, porque a mente do adicto ele é meio que consumida pela droga. As vezes a gente fala uma época e as vezes não é aquela época, é outra. Eu comecei a usar realmente aos 18. É 17 pra 18 anos, na fase do colégio.” (D28MCACM)

6.2.2. Droga de início

Nenhum dos entrevistados relatou o crack como primeira droga de consumo. As drogas lícitas, como cigarro, álcool e solventes (tinner, benzina, acetona, etc.) foram as mais

citadas como drogas iniciais. Em contrapartida, quase todos (26) relataram ter feito uso de drogas ilícitas como cocaína (na forma cheirada) e maconha antes do crack. E ainda, apesar de representar uma pequena parte da amostra, também foram citadas LSD, medicamentos, extase e cocaína injetável como drogas utilizadas antes do crack.

“Eu fazia uso do álcool, aí conforme o tempo foi passando, acho que lá pelos 18 anos, daí eu conheci a maconha e com isso o tempo foi passando, foi passando, conheci a cocaína, como normalmente acontece né, acontece tipo... maconha, cocaína e depois foi onde eu conheci o crack.” (R39MCACM).

“Com 14 anos veio inalantes, a cola de sapateiro, o tinner, e com 17 anos eu já me apeguei na maconha. Aí a maconha, durante muitos anos, eu fumei maconha. No ano de 1988, num posso calcular pra você no momento a idade, depois você vai calcular... mas em 1988 eu já entrei na cocaína.... E depois da cocaína, no ano de 1994, foi aonde que eu conheci o crack. E a partir do ano de 1998 aí foi o ano que eu me aprofundei no álcool. Foi o ano que eu fiz a salada de fruta, álcool, cocaína, crack, maconha.” (U46MCACM)

6.2.3. Problemas com drogas

O consumo de drogas nem sempre foi recreativo, tanto assim que todos os participantes da amostra relataram ter tido problemas com alguma das drogas citadas acima. Perguntados se já tiveram problemas com alguma das drogas que consumiram, todos apontaram o crack como a droga que mais os afetou. Os problemas descritos, em função do consumo da droga, prejudicaram-nos em todos os âmbitos da vida, variando desde problemas físicos e psíquicos como a psicose, como problemas sociais, esses muito mais enfatizados. Roubar em casa, perda da família, do emprego, do *status*, são os mais relatados e ao que parece, são os que mais os fizeram sofrer.

Nos relatos de ruptura de vínculos com a família percebe-se a solidão que passam a viver.

“Ahhh, o crack me fez deixar, abandonar minha esposa, deixado minha casa para eles, que é óbvio né que tenho filhos, então separamos. Eles vivem pra lá, eu vivo pra cá, ninguém entra em contato...” (E56MCA)

Os problemas financeiros, devido ao grande montante de dinheiro despendido na obtenção da droga, também são apontados como causadores de problemas. O gasto integral do salário, a venda de objetos pessoais, os roubos, as dívidas contraídas afundou-os ainda mais.

“Eu perdi muito dinheiro, assim que eu ganhava, eu gastava tudo. Dinheiro bastante assim, que dava pra mim guardar no banco e viver bem, eu gastei tudo no crack, na droga e... eletrônico, assim... celular por exemplo, já tive uns 10 celulares.... Eu acabava de comprar o celular, acabava o dinheiro eu ía lá e vendia o celular pra comprar o crack.” (D35MCACM)

“Já vendi coisa da minha casa, já vendi fogão, televisão, armário, bicicleta... só não carro por que não tinha, né? (Risos). Até mesmo quando eu trabalhava, eu comprava um tênis, aí quando era no outro dia eu já tava sem tênis.” (G38MCM)

No ambiente de trabalho, por exemplo, as faltas recorrentes no serviço, além de comparecimento ao mesmo sem condições de executar o trabalho, invariavelmente os levavam à perda do emprego; e/ou ter sofrido algum dano físico e ou psíquico como: fraqueza muscular, fragilidade ou perda dos dentes, queimaduras na boca e na garganta, overdose, danos físicos decorrentes de agressão por policiais e brigas na rua entre parceiros de droga, e a psicose levando-os à violência algumas vezes.

“Já tomei uma facada aqui. Tomei uma facada, dum rasgo desse tamanho aqui assim, por causa do crack, né, que eu tava fumando na crackolândia, o cara veio pedindo um pedaço

de crack e eu falei: -Ó vai fazer sua correria, meu! Isso aqui é meu. Eu faço minhas correria pra ter minhas droga, aí ele pegou e me deu uma facada, entendeu?” (V43MCACM)

A perda de amigos também foi citada, seja porque estes se afastaram, seja porque eles, os entrevistados, buscaram outras amizades mais condizentes com a vida que passaram a viver após a droga.

“Brigas né, mas eu já perdi minha família. É meu sobrinho falou, me xingou, me colocou prá fora de casa. Falou que eu virei nóia, eu morava com a minha cunhada lá. Vendi coisas minhas.” (E44FCA)

Alguns também citaram outras drogas como causadoras de problemas, entre elas: cocaína e álcool. A maconha, apesar de todos terem citado seu consumo, não foi apontada como problemática por nenhum dos participantes.

6.3. USO DE CRACK

Nesse item procurou-se investigar a cultura de uso do crack desenvolvida pelo usuário, desde o início de uso, consequências e associações com outras drogas.

6.3.1. Idade de início

A faixa etária relacionada ao primeiro uso de crack teve uma grande variação, de 7 a 43 anos, porém observa-se uma maior concentração (14) dos 7 aos 21 anos.

6.3.2. Contato inicial com a droga

A maioria (19) dos entrevistados afirmou ter conhecido o crack, através de pessoas próximas como amigos e parentes (primos, pais e parceiros) que faziam uso da droga. A

convivência com essas pessoas foi o principal fator citado pelos componentes da amostra como desencadeador de curiosidade levando-os ao consumo.

“O meu pai sempre fez uso né, mais da cocaína, mas fazia do crack também. Quando eu conheci meu marido, ele quis largar as drogas pesadas, a química, e falou: -Não, vou parar com tudo pra ficar com você. Então foi através dele, né? Aí eu fui num casamento... Meu pai também teve uma certa culpa, porque eu fui num casamento, né? E no casamento, o meu pai deu o crack para ele fumar, aí eu fiquei revoltada e falei: Se é para ele dar pra você, eu também quero fumar. Aí experimentei a primeira vez e é aquela coisa que o pessoal fala: Me apaixonei, né?” (D24FCACM)

Alguns descrevem que através da maconha chegaram ao crack, porém de uma forma bastante inusitada. Segundo os relatos, era oferecido à eles um cigarro que aparentemente seria de maconha. Após o seu consumo, eram informados que se tratava de mesclado, ou seja, associada à maconha eram colocadas pequenas pedras de crack .

“..Aí num certo dia, eu tava fumando maconha com um amigo meu e eu dei a maconha pra ele fazer o cigarro... e ele colocou crack. Eu não sabia. Ele colocou crack e acendeu... e eu senti um cheiro estranho e me deu pra fumar... e eu fumei e falei: -Meu, que que é isso? Ele falou: -Meu, fuma aí, experimenta. Aí eu gostei do cheiro. É um cheiro doce e experimentei maconha com crack. É... e olha que era um dos meus melhores amigos, né? Era que eu conhecia desde os 12 anos assim” (A21MCACM)

Outros fatores também foram apontados como facilitadores para esse início: a permanência em ambientes vulneráveis ao uso de drogas (viver em condições de rua, frequentar a “cracolândia” e sua relação com o tráfico e/ou traficante); querer experimentar efeitos de outras drogas mais fortes e ter depressão.

“Eu conheci o crack na vida do tráfico. Eu comecei a vender droga, vendia maconha, vendia farinha... Aí não tinha o crack ainda, tinha a casquinha.” (E56MCA)

“Como eu conheci o crack? O crack foi quando eu era do conselho tutelar, e eu ficava indo e voltando. Ficava na rua praticamente direto, não parava em albergue, né? E foi meio que experimentando. Deu na minha cabeça que eu queria experimentar e eu experimentei.” (G21MCACM)

6.3.3. Conhecimento da droga

A maioria dos entrevistados (20) relatou saber algo sobre o crack antes de seu primeiro contato com a droga, porém a informação completa sobre o crack foi ausente nos discursos dos participantes. Mais da metade (11) apontou ter conhecimento prévio de pontos negativos sobre o crack, sendo citado por eles: a morte precoce, a dependência e o alto poder de interferir negativamente na vida de quem o utilizava.

“Eu sabia das causas, tanto que eu comecei um pouco mais tarde, né? Sabia que prejudicava, trazia muita perda de família, saúde, serviço, trabalhos, né? Bens materiais... Eu já tinha noção que... Eu morei na casa da minha vó, fui criado lá e eu tinha espelhos lá dentro. Meu tio é usuário de droga e ele mora lá ainda. Meu irmão é usuário também... O meu outro tio que era usuário, vendia também. Ele já faleceu por overdose dentro da casa da minha vó e eu morava lá nessa época, né? Então eu tinha o espelho lá dentro. Eu fazia o uso diariamente né, dentro de casa e tudo...” (F34MCACM)

“Eu sabia que fazia mal. Eu sabia que era uma droga, mas a curiosidade faz você de repente, não ligar para esse detalhe. Na hora que você tá na lombra isso é detalhe, né, meu? Você não pára para refletir o tamanho do estrago.” (P43MCACM)

Em contrapartida, aproximadamente um terço da amostra (7) relatou ter conhecimento prévio de pontos positivos sobre a mesma, como por exemplo a “loucura” provocada pelo uso de crack; a curiosidade por ser uma droga nova no mercado; e os comentários a respeito dela que levavam a crer ser a droga mais forte (potente).

“Ahh, eu sabia que, como se diz, na loucura do efeito que ela fazia, a gente sai fora desse mundo. O cara viajar fora, entendeu? Então eu fiquei curioso pra conhecer entendeu?”
(J40MCACM)

Alguns entrevistados desconheciam completamente os efeitos do crack, afirmando saber apenas que o crack era feito a partir da cocaína e outros declararam não saber nada à respeito. Essa falta de conhecimento prévio sobre o crack foi justificado por eles, pelo fato de terem iniciado o seu uso na década de 90, em que poucas pessoas usavam e falavam sobre o tema.

“Ah, eu sabia que o crack era derivado da base da cocaína. Só que eu não sabia ao certo como isso se dava direito porque nunca... eu já tinha ouvido falar, mas nunca tinha usado.” (G21MCACM)

“Não tinha todas essas estruturas que tem hoje. Não tinha conhecimento, e nem muita gente que usava. Era pouca, entendeu? A onda mesmo era a farinha. Só cheirar, farinha e maconha, a rapaziada. Aí depois, em 91, foi que alastrou o crack. O crack se alastrou assim, na colher.” (R39MCACM)

6.3.4. Efeitos da primeira vez

Nesse primeiro contato com a droga, grande parte da amostra (15) relatou ter sentido apenas efeitos positivos, assim como mostra alguns discursos transcritos abaixo, em que são extremamente incisivos em dizer o quão positivo eram esses efeitos.

“Ah... foi uma sensação de ser beijado por Deus.” (D28MCACM)

“Nossa, me senti igual um rei. Eu sentia aquilo ali, sabe... eu falei: Nossa!! Não conhecia Las Vegas, a Europa, França, Titanic... Nossa, na primeira vez me senti no Titanic com os braços abertos, você acredita? Senti ali flutuando, numa, sei lá, sabe, a Julia Roberts. Eu abraçado com ela, a gente, aqueles cabelos voando, entendeu? É, agora o Titanic tá afundando né, porque eu tô parado né.” (J40MCACM)

“É uma sensação de... parece que sua alma sai do corpo. Parece que você tem uma sensação de... você não sente o peso do seu corpo, parece que você flutua.” (A21MCACM)

“Eu só sei que depois do primeiro trago parece tipo assim, paixão a primeira vista. Vem e bate... é extremamente prazeroso, que nem eu tinha falado agora pouquinho, perde a virgindade com o carinho que você sempre sonhou ainda. Pensa você sonhar com a Shakira e perder a virgindade com a Shakira... Vamos supor, é 50 mil vezes melhor ainda, porque eu sei que não vou ter a Shakira, mas na vida eu vou ter o crack na hora que eu quiser. Não tinha dinheiro, tinha conta e conversando a gente consegue.” (R27MCACM)

Porém alguns (5) disseram sentir ambos os efeitos, positivos e negativos.

“Uma sensação espetacular. Ahh, muita dor de cabeça após o uso.” (W21MCACM)

“Eu achei mais gostoso, na verdade. Mais alerta assim. Depois foi me dando desespero. Primeira vez que eu usava, aí eu ficava pensando muito nos meus familiares, aí eu pegava o ônibus e ficava andando assim, para ver se passava o efeito pra voltar pra casa.” (T31MCACM)

“O que eu senti? Senti assim, um alívio. Assim, é uma coisa que eu não consigo explicar o que é que é. Já na primeira vez também senti a nóia.” (R32MCACM)

O fato de alguns (5) entrevistados relatarem não perceber efeito algum ou apenas os efeitos negativos (6) na primeira vez de uso não foi suficiente para impedi-los de seguir usando o crack. Ouvir e ver outras pessoas fazendo uso da droga e obtendo “benefícios” com ela, impulsionaram estes componentes da amostra a continuar tentando obter algum efeito, como discursam abaixo.

“Eu fui tentar de novo, porque de tanto as pessoas falarem que é bom, a brisa dela... que você voa...” (V43MCACM)

“Não, não senti nada. É... como que vocês gostam desse negócio? Gosto esquisito, muito esquisito, primeira vez assim. Falou assim: - Ah!! Mas se você continuar você vai viciar, aí que você vai saber como que é. É então, eu tava na rua com depressão, vi o pessoal usando... aí dormindo assim pá, não tava conseguindo... eu peguei e usei, né? Primeiro eu não gostei, aí depois foi automático assim. Aí você pega com alguém senta lá na praça com alguém, aí você usa.” (E44FCA)

Outros relataram não ter sentido efeito algum nas primeiras vezes que utilizaram crack, devido a falta de experiência no manuseio da droga ou devido aos seus efeitos terem uma duração muito curta, a ponto deles nem perceberem, assim como mostra alguns discursos abaixo:

“A primeira, devido a gente não saber qual que é... a gente espera já algo dessa brisa, da primeira paulada. Só que aí você tem tanta curiosidade de saber o que que ela faz... na verdade ela já agiu por dentro... já deu a brisa que tinha que dar e a gente não percebe. Aí após a segunda... que nem ele falou, que vai a segunda que assim que vai descobrindo, aí

vai saber como que ela tá funcionando... Na segunda em diante vai sabendo..."
(P34MCACM)

"Brigas né, mas eu já perdi minha família. É meu sobrinho falou, me xingou, me colocou pra fora de casa. Falou que eu virei nóia, eu morava com a minha cunhada lá. Vendi coisas minhas." (E44FCA)

"Ixi, serviço. Hum, tudo. Foi até uma coisa de você pegar uma pedra de dominó, pegar a primeira e soltar assim "brrrrrr". Tudo...!!! Amigos, serviço, moral, confiança, caráter. Vendi as minhas coisas, meu celular, DVD, minha televisão que eu comprei. Os meus filhos, eu já não vejo eles há alguns anos. Assim por que eu me separei da mulher assim, aquela mulher cheia de frescura, aí não vai ver e tal. E ía dar uma ajudinha e ela falava: - Não, não precisa não. Aí você entra no embalo da cachaça, da pedra, você vai lembrar de quem? Nem de você mesmo." (R39MCACM)

6.3.5. Quanto tempo após o início do consumo passou a ter problemas

Os problemas, devido o consumo de crack, parecem surgir precocemente. Grande parte dos entrevistados relata problemas em menos de 1 ano de consumo.

"Logo nos primeiros dias, uns dias... já começa a dispor das suas coisas, já não tem grana, gosta de dispor das suas coisas, entendeu? Começa aplicar golpe em pessoas que não... você entendeu? Começa a envolver ou a manipular..." (P43MCACM)

Mas outros conseguem consumir a droga por tempo considerável (mais de 2 anos de uso) sem ter danos provocados pela mesma. Porém nesse caso, importante salientar que, a definição de problemas ficou para o entrevistado que nem sempre tinha uma visão adequada do mesmo, isto é, nas falas percebia-se uma tolerância em relação a atos considerados problemas pela sociedade mas nem sempre pelo entrevistado.

“Depois de anos. Depois eu num... Pra mim, minha mãe me internava, né, em uma clínica a força e eu pulava o muro, fugia..., por que pra mim não tinha problema. Eu gostava de zuar, ir para balada, fumar crack... Eu não via problema. Só que, nesses últimos tempos que eu comecei a passar mal, eu tive overdose, eu mesmo enxerguei que era uma doença, por que eu não estava conseguindo parar. Eu toh nesse CRATOD aqui, eu to há um mês já e tive duas recaídas. Eu vi em mim que eu tô doente. Eu preciso me tratar. Aí eu vim aqui, né, sozinha, tudo... mas é uma doença horrível.” (A23FCACM)

6.3.6. Estratégias para lidar com os problemas causados pelo crack

Todos os participantes da amostra responderam ter feito algo para contornar esses problemas causados pelo uso de crack.

Além de se encontrarem, até o momento da entrevista, voluntariamente dentro de um serviço de tratamento para dependência química, outras atitudes foram tomadas por eles. As mais citadas foram: a busca por outros centros de tratamentos para dependência química (Clínicas, ambulatórios, CAPS, CRATOD, Comunidades terapêuticas...), religião, evitar o contato com usuários de drogas, usar outras drogas como substituição para o uso de crack (maconha, cocaína, álcool ou como benzodiazepínicos, no caso Rivotril®), pedir ajuda para pessoas próxima (parentes, amigos...); além de tentar parar de usar crack por conta própria e nesse caso utilizar alternativas como não ter dinheiro em mãos, fazer academia e comer compulsivamente em substituição a fissura causada pelo crack.

“Uma vez eu tava recaindo muito, aí eu ficava aqui dentro o dia inteiro... Saía daqui, fazia um dinheiro e recaía todo dia, mas agora eu tive um controle, né? Toh tendo um controle, né? Até agora não peguei dinheiro na mão. Meu medo é esse, né? Mas eu tenho fé que Deus vai me segurar”. (V43MCACM)

“Eu comecei a tentar parar com um colega meu, parar com o crack, né? Porque o crack tava muito assim na minha vida. Eu estava muito descontrolado, perdendo muito. Muita coisa, assim, em relação a parte financeira, essas coisa, e daí com isso eu já comecei a faltar e daí eu comecei, tipo, a tentar substituir o crack pela cocaína. Porque a cocaína, não

tinha na época. Não tirava eu assim, assim fora. Eu conseguia ir trabalhar, só que daí eu consegui, acho, até uns 5 meses, ficar sem o crack, mas só que substituí por outra droga, só que aí eu bebia e fazia uso da cocaína. Só que aí eu fazia um uso a mais da cocaína, pra tentar sentir o prazer do uso do crack.” (R27MCACM)

6.4. ASSOCIAÇÃO DO CRACK COM OUTRAS DROGAS

Entre as alternativas utilizadas pelos usuários de crack para lidar com a droga e minimizar seus efeitos indesejáveis foram citadas as associações com outras drogas. Nesse capítulo discute-se essa alternativa, porém limitando à discussão às associações com álcool ou maconha.

6.4.1. Conhecimento prévio sobre as associações com álcool e/ou maconha

A maior parte dos componentes da amostra (21) relatou ter algum conhecimento prévio sobre alguma das associações de crack com álcool ou maconha, devido ao fato de observar parceiros, usuários de crack (amigos, parentes, desconhecidos...), fazendo uso de uma dessas associações ou terem sido “aconselhados” por estes à respeito das mesmas, como segue os relatos transcritos abaixo:

“Ninguém me falou, por que várias vezes você vai ver. Você tá na rua ou você tá em algum lugar, você vê que as pessoas bebem, ela dá uma paulada e deixa o momento. Passou? Eles já procuram alguma coisa para beber já. Então, assim, vai da cabeça da gente. A gente não entende. Os outros fazem, a gente faz. A gente vai por impulso. A gente não tem o peso daquelas coisas que vão acontecer com a gente mais pra frente. Se a gente soubesse que ia causar tanto ruim na vida da gente, a gente não fazia.” (M29MCACM)

Outros afirmam que foi uma “descoberta” individual. Experimentou de forma ocasional a associação e considerou-a vantajosa.

“Umm, as vezes não tem como... não tem intercorrência assim de alguém falar, você descobre! Você descobre assim, porque droga é droga. Você vai usar o crack. No momento você tem uma garrafa do lado... Quando eu usava crack, melhor dizendo, a gente vê a garrafa do lado associa uma coisa com a outra, aí acaba experimentando a outra droga. Daí você sente o barato, as vezes não precisa ninguém falar, as vezes é necessário... Essa ideia surgiu normal. Surgiu como surgi, assim: -Putz, vou sair... vou jogar um futebol...”
(D28MCACM)

6.4.2. Escolha da associação

Quando perguntados quais os critérios que utilizaram para escolher uma ou outra associação, as respostas demonstraram que não há nada muito elaborado para essa decisão. Pelo contrário, a determinação baseou-se numa experimentação e na avaliação dos efeitos decorrentes da associação testada. Esse julgamento parece ser muito individual, tanto assim que para alguns a maconha foi a melhor escolha, para outros o álcool e para uma minoria as duas drogas, ou seja, o álcool e a maconha associados ao crack. Por outro lado, fica claro que as associações com maconha ou álcool não são as únicas. Utilizam outras drogas, ainda que esporadicamente, para aumento do prazer.

“É... não me dei bem com a maconha, né, e depois eu troquei a maconha pela cerveja primeiro, né? Aí, depois foi vindo o Contini e tal essas coisas aí, depois veio aí o Dreher...”
(S33MCACM)

“Associava com maconha, mas com álcool nunca.” (G38MCM)

“Álcool te dá vontade de fumar crack. Maconha não. Maconha me dá um pouco de sono, relaxa.” (C33MCACM)

A associação com álcool ou maconha tinha objetivos práticos, ou seja, interferir nos efeitos do crack, porém a pedra pura ainda era desejável para alguns devido os fortes efeitos prazerosos.

“Eu prefiro o crack puro, entendeu? Só quando o efeito tá muito grande, aí eu quero cortar um pouco o efeito, eu tomo um pouco de álcool.” (W21MCACM)

“Se eu fumar o mesclado hoje, não dá o efeito que eu quero. Então eu quero o crack puro, aí já coloco o crack no cachimbo e fumo puro.” (G21MCACM)

As três drogas juntas, apesar de não ser a associação mais apontada, seguem a mesma linha das escolhas anteriores. Nota-se porém, que alguns buscaram, diferentemente daqueles que tentaram controlar os efeitos desagradáveis do crack, um efeito mais “potente”, baseando-se para isso na suposição empírica que a reunião de três drogas poderia conseguir efeitos ainda mais prazerosos.

“Se eu fumo o crack individual é uma sensação, com maconha é outra, então porque não associar as três juntas em uma viagem só, você entendeu? A gente faz aquele mescladão ali, faz aquela virada.” (J40MCACM)

6.5. ASSOCIAÇÃO DE CRACK COM MACONHA

Neste capítulo procurou-se pesquisar aspectos que se referem à associação de crack e maconha: os motivos que levam a essa associação, a cultura de uso que estabelecem com ela, os efeitos, etc.

A associação de crack + maconha parece ser a mais comum tendo em vista que a mesma foi a mais recomendada (16) por parceiros de droga (amigos, parentes, desconhecidos...) quando comparada à associação de crack + álcool. A associação recebe o

nome de mesclado, porém é um nome típico regional podendo receber outros nomes fora de São Paulo.

6.5.1. Motivos da associação

6.5.1.1. Associação “benéfica”

A. Proteção

Nos discursos dos entrevistados ficou evidente que os participantes atribuem à maconha, no contexto de consumo do crack, um papel de “proteção”, a qual é revelada de várias formas.

B. Diminuição dos efeitos desagradáveis

Declararam que a maconha deixa-os calmos. Esta capacidade da maconha em acalmar e relaxar quem a consome traz algumas vantagens para esse usuário, pois interfere nos efeitos do crack, diminuindo os efeitos considerados desagradáveis (psicose, fissura, etc.). Nos discursos dos entrevistados, também fica claro que esse processo ocorre em função de uma sobreposição de efeitos considerados antagônicos pelo usuário. Ou seja, o efeito relaxador da maconha é predominante diante do efeito estimulador do crack, proporcionando uma mistura de efeitos cujo resultado agrada àqueles que fazem a associação.

“Porque a maconha me acalmava, entendeu? E você mistura o crack com a maconha, a brisa da maconha vai cobrir a do crack, você não vai dá... você vai tá esperto, mas você também vai tá calminho, entendeu? Pra também cortar a brisa da nóia, né? Tirar o efeito do crack.” (G38MCM).

“Ah!! O mesclado, ele traz você voando. Você voa... Nossa, você vê cada coisa, sabe? Não traz maldade. Mas a pedra pura, ela já traz. Aí você fica caçando no chão igual um

bobo, igual um retardado, a pedra pura. O mesclado não. Por causa da maconha, você fica flutuando, fica de boa, fica pouco tempo, igual baianinho falando, né? A diferença é essa. Mesclado é melhor, porque a brisa dele é outra. É diferente. É super diferente. Não deixa você besta, não deixa você retardado. Ai você fica mais atento, você fica mais esperto”.
(V43MCACM)

A psicose típica do crack, a qual pode gerar medo, desconfiança e algumas vezes comportamentos violentos, é o efeito mais comentado pelos entrevistados como aquele que é suprimido na presença de maconha. O mesmo ocorre com a depressão causada pela droga, efeito que tanto angustia os usuários de crack, a qual é eliminada na presença de maconha, segundo os relatos.

“Ah bom, o crack até hoje pelo que eu entendo do crack, se você fumar ele, ele te dá, vai... uma depressão, mas do que já tem. Eu fico depressivo, com medo. A maconha ela me deixa com fome e viajando no tempo.” (G21MCACM)

C. Diminui a busca pelo crack

A tranquilidade provocada pela maconha ajuda-os no controle da fissura, tanto assim que a vontade de fumar diminui. Com isso as estratégias para conseguir a droga, como roubos, assaltos, não necessitam ser colocadas em prática, protegendo-os de possíveis fatalidades decorrentes dessas atividades.

“Porque acho que era mais forte e durava mais o efeito. Diminuía a fissura. E Isso foi uma das coisas que me ajudou bastante... a fumar maconha, entendeu?” (T31MCACM)

“Então a maconha, ela te deixa chapado, vamos dizer assim, a palavra bem clara e tira da sua mente que você tem que buscar mais, que você tem que usar mais”.
(W21MCACM)

“Você vai tá esperto, em tudo, mas aí a brisa da maconha que é uma brisa calma, vai deixar você calmo, você não vai pensar em roubar, você não vai pensar em fazer coisa errada, você vai tá ali só curtindo aquela brisa, entendeu?” (G38MCM)

Afirmaram que há uma espécie de entorpecimento da mente com a maconha fazendo com que “esqueçam” do crack, ainda que temporariamente. O foco no crack é deslocado pelos efeitos da associação.

“Porque logo depois que eu fumo o crack, eu uso a maconha automaticamente ... é para esquecer. Porque a maconha, logo depois que eu fumo crack, a maconha distrai a minha mente. Distrai.” (G21MCACM)

D. Diminui a agressividade causada pela fissura

Essa questão foi destacada, em relação aos efeitos indesejáveis causados pelo crack, por tratar-se de um efeito marcante dessa droga.

Quando perguntados sobre a influência da maconha sobre esse efeito, a grande maioria dos que fizeram a associação de crack e maconha foram categóricos em afirmar que a agressividade diminuía ou era inexistente.

“Ahh! A maconha é massa, é tratamento, é vida... maconha diminui bem. Tinha que ter um tratamento a base de maconha, acho que é maneiro. Todo mundo que usa, pára na maconha, tem que ter a maconha no bolso. Não vou pegar primeiro a maconha vou pegar pedra, porque sabe que depois que fumar pedra vai querer fumar a maconha, pra cortar...” (P43MCAM)

Porém alguns que concordaram com esse benefício da maconha acrescentaram alguns desdobramentos a essa capacidade da droga, ou seja, o relaxamento produzido não se limitou

só à agressividade. A maconha parece que também interferiu em outros âmbitos de suas vidas. Segundo relatos, houve um relaxamento generalizado que atrapalhou o usuário ser produtivo.

“Eu acho que a maconha, ela é uma droga totalmente relaxante. Eu nunca vi um cara brigar porque ele tava muito loco de maconha. Com certeza diminui tudo, né? O cara não quer trabalhar, entendeu? Existem pessoas que abrem a mente, o cara consegue escrever várias músicas e tal, fica aquilo, pra aquilo... entendeu? Mas ele não faz mais nada.”
(D35MCACM)

Alguns declaram que a diminuição da agressividade estaria diretamente relacionada à características do usuário como personalidade, estilo de vida, etc. e a interferência desses fatores nos efeitos da maconha. Afirmaram que esse efeito seria algo individual.

“A maconha ela não aumenta a agressividade, mas eu notei assim, um fator na maconha... conforme a personalidade, do estilo de vida da pessoa, então a maconha por um lado ela pode ser um remédio sim, mas por outro lado eu também não a vejo como remédio... Ela pode potencializar a violência, conforme a personalidade e o caráter e a educação da pessoa, então eu não a considero como remédio. Eu considero ela como droga. Que muitos falam... realmente eu fumei, mas eu tive uma personalidade que nunca foi dada a violência, então a maconha pra mim dava aquele barato... paz e amor, mas eu convivi com muitas pessoas que fumavam maconha e ficavam violentas, então isso aí pra mim, é da maconha.”
(U46MCACM)

“A maconha, ela, dependendo da pessoa também, né...? É que eu falo por mim, entendeu? Eu, quando eu fumo, eu fico calmo, tranquilo, me dá sono, me dá vontade de rir, dá vontade de conversar, entendeu? Agora, tem pessoas que já... depende da pessoa, cada um é diferente do outro.” (G38MCM)

E. Qualidade de vida

Relataram ainda, o resgate de alguma qualidade de vida perdida com o consumo de crack. As necessidades básicas de um ser humano, antes comprometidas pelo uso do crack, são reconquistadas com o uso da maconha associada ao crack. O sono, a fome, o sexo são exemplos desse bem estar citados pelos entrevistados.

“...a maconha, porque você dorme bem, você se alimenta bem, você tem uma relação sexual boa, sabe? Você... ela te deixa tranquilo, sabe? A mesma coisa de você tomar um diazepam, um calmante, entendeu? Você fica mais maneiro...” (V49MCACM)

F. Economia de investimentos

Segundo alguns, o fato de misturarem crack com maconha faz com que economizem dinheiro para comprar o crack, já que parte do consumo em pedra é preenchido com maconha. Aparentemente pelos relatos há um maior rendimento da pedra.

“Ela dura mais. Supondo que uma pedra de crack de 10 reais eu consiga fumar em meia hora, com maconha, eu fumo em uma hora, dividindo em pouquinho em pouquinho, paro, fumo mais.” (R27MCACM)

6.5.1.2. Associação não foi benéfica

A. Diminuição da potência da droga

Um número pequeno de participantes não considerou a associação de crack e maconha benéfica. Pelo contrário, a interferência nos efeitos do crack reduzindo sua intensidade, não foi bem aceito por todos. O que representou um ganho para alguns, a calma e relaxamento provocados pela associação, para outros foi exatamente o motivo de desagrado. Tanto assim,

que iniciam com o mesclado (crack + maconha), mas após um tempo voltam a fumar o crack isoladamente sem associá-lo à maconha.

“Eu perdi o interesse, porque com o mesclado é o seguinte, deixa a pessoa bem mais sossegada... E eu não quero ficar sossegado, não dessa forma... aí fui experimentar o crack puro, e fui ver que o crack puro deixava mais ligado...” (P34MCACM)

“O crack com a maconha, pra falar a verdade, não me deixava nem excitado demais e nem calmo demais, então eu considere assim, uma coisa assim meio sem graça,.... você nem fica doidão e nem fica muito calmo, porque a maconha quando você fuma, você fica relaxação, dá uma vontade de você ficar mais impulsivo, sabe? E aquela tristeza de você... pô, mas o bagulho não deu aquela brisa que eu queria.” (U46MCACM)

B. Efeitos indesejáveis

Relatam o aparecimento de efeitos indesejáveis quando da associação de maconha e crack, mostrando mais uma vez que se trata de experiência individual. Esses efeitos referem-se muito mais a efeitos provocados pela maconha, como atribuído pelos entrevistados, do que decorrentes da associação.

“Se eu fumar uma maconha, eu não me sinto bem, eu me sinto em depressão, eu me sinto mal demais. Eu acho que é porque eu usei muito crack, entendeu? Então afetou um pouco o meu cérebro. Então se eu fumar um baseado hoje, eu me sinto pior do que se eu tivesse fumado uma pedra, entendeu? Eu entro numa depressão muito grande.” (W21MCACM)

Além de efeitos psíquicos atribuídos à maconha, citam efeitos físicos como náuseas e boca seca.

“O efeito dos dois juntos é muito ruim. É gostoso, assim, no começo, mas depois você começa a sentir dores, começa a sentir algumas náuseas, vômitos, vontade de vomitar...” (D28MCACM).

“Acho que não tem gosto bom, né? Mas eu acho que é pior, por causa da maconha, ela seca a boca, né? Você fica com sede, né...?” (D35MCACM)

6.5.1.3. Momento que se associa a maconha ao crack

O momento da associação da maconha ao crack também é uma escolha individual. Alguns preferem utilizá-la antes de fumar o crack, outros após, mas o que mais se observa nessa amostra é a utilização do *mesclado*, ou seja, o consumo simultâneo de maconha e crack. Porém, ressalta-se que a associação sempre teve um mesmo objetivo, diminuir os efeitos desagradáveis do crack.

Pelos discursos parece não ter existido uma razão racional para o momento de consumir a maconha. A determinação foi empírica e ficou por conta de um processo de ensaio pelo qual o usuário testou o melhor momento.

6.5.1.3.1. Mesclado

O mesclado, ou seja, a associação de maconha e crack num cigarro, foi a forma preferencial de escolha da associação dessas duas drogas. Atribuíram algumas razões para essa opção.

A. Não chamar atenção na rua

Segundo os entrevistados, o cachimbo denuncia o consumo de crack. Qualquer local que estejam com o cachimbo de crack são identificados como usuários. Utilizar um cigarro, no qual existe maconha misturada com pedra (crack), é mais “protetor”. Não há discriminação com esse usuário, pois o mesmo não é identificado como “craqueiro”.

“Com o cachimbo não dá, não tem local prá você usar... E já alguém vem e denuncia. Já aconteceu já de eu tá em local e os homem (polícia) baixar, chegar e chutar tudo e não levar porque é usuário, entendeu? E também querer que você entregue o dono de boca. É isso. Rapaz já apanhei muito. Já falei, minhas costas ta toda arreventada, entendeu? Então o crack, o ruim do cachimbo é isso, o local para você usar ele... Então é isso, com mesclado dá prá disfarçar.” (J40MCACM)

B. Intervalo entre o consumo é maior

Os entrevistados asseguraram que quando fumam o mesclado demoram um tempo maior para querer fumá-lo novamente e com isso consomem uma quantidade menor de pedra. Enquanto levam de 1 a 2 horas para repetir o consumo, no caso do mesclado, quando se trata apenas da pedra no cachimbo esse tempo reduz-se a 5 ou 10 minutos.

C. Precaução

Alguns partem de uma teoria que faz sentido considerando os efeitos das drogas isoladamente. Alegaram que fumar a maconha em momento anterior ao crack, ficam mais relaxados, mais calmos e não conseguem consumir o crack na sequência, enquanto esse estado não desaparecer. Alguns relatam que seria preciso consumir álcool para que isso ocorra. Por outro lado, afirmaram que consumir o crack num primeiro momento, a fissura faz com que, ao invés de fumarem a maconha no momento posterior, preferem vendê-la para comprar mais pedra.

“Por que se eu começar a fumar a pedra pura antes, eu vou acabar vendendo a maconha. E se eu fumar maconha antes, não sei, eu vou ter que ter bebido pra mim fumar uma pedra e se eu beber eu não vou fumar maconha, eu vou fumar só a pedra. Você deu uma entendida, né?” (A23FCACM)

6.5.1.3.2. Consumo da maconha anterior ao crack

Foi uma minoria que relatou o uso de maconha anterior ao crack. As implicações dessa forma de uso, já discutidas no item anterior, fizeram com que aqueles que optaram por ela acabaram por abandoná-la por outras, sendo a mais buscada o *mesclado*. O relaxamento provocado pela maconha acabava impedindo-os de consumir o crack. Importante frisar que, no caso desta amostra, as associações com outras drogas foram feitas no intuito de diminuir os efeitos indesejáveis de crack e permitir aos usuários fumá-lo com mais tranquilidade. Nesse sentido, com exceção de um usuário, nenhum dos participantes tentou substituir o crack por outra droga, neste caso a maconha. Esse fato reforça o comportamento dos entrevistados que, apesar do resultado positivo provocado pela maconha consumida anteriormente ao crack, modificaram o momento de associar a maconha, devido ao ambiente desfavorável criado por essa droga, dificultando o consumo de crack.

6.5.1.3.3. Consumo da maconha após o crack

Esta posição de consumo de maconha segue o mesmo objetivo das anteriores, que seria diminuir os efeitos indesejáveis do crack. Os que consumiram a maconha após o crack afirmaram que esta impedia-os de continuar buscando mais crack para continuar o consumo da droga.

“Eu fumava depois pra encerrar mesmo, entendeu? Por que depois do efeito da maconha... pronto! Aí eu ficava relax.” (C33MCACM)

Alguns revelaram um objetivo um pouco diferente. Consumiam crack e após o término da pedra, e sem possibilidade de conseguir mais droga, fumavam a maconha para anular o desejo de fumar mais crack.

“...e a maconha tava lá, aí na hora que eu ía fumar crack e não tinha mais o crack eu fumava maconha, passava a vontade... beleza, segurava, mas assim, se eu não tivesse maconha eu ía fumar crack e já era.” (A21MCACM)

Um participante fala da experiência de um amigo que passou a fumar a maconha com o objetivo de substituir o crack e teve sucesso com essa alternativa.

“Tinha o Toni lá. O Toni, ele fumava muita maconha, mas ele já se adaptou a maconha. No caso, ele fumava crack também junto comigo, então ele largou o crack e ficou só na maconha... Ele conseguiu e até hoje... Hoje ele largou a maconha e hoje ele tá tranquilo, tranquilo. Ele tem mais ou menos uns 10 a 12 anos que ele tá fora... fora da maconha, do crack, de tudo, né? Então ele passou essa receita para mim no caso, né? E eu tentei fazer e não consegui, o crack falou mais alto”. (S33MCACM)

6.6. ASSOCIAÇÃO DE CRACK COM ÁLCOOL

Neste capítulo procurou-se pesquisar aspectos que se referem à associação de crack e álcool: os motivos que levam a essa associação, a cultura de uso que estabelecem com ela, os efeitos, etc.

A associação de crack e álcool, diferentemente da associação com maconha, tem outras finalidades além da de modificar os efeitos produzidos pelo crack. O álcool utilizado no caso da associação sempre é descrito como uma bebida barata. A cachaça (pinga, barrigudinha, barrilzinho, corote, alambique e 51) foi mencionada pela maioria dos entrevistados como a bebida alcoólica mais utilizada por eles quando associam com o crack. O principal motivo relatado foi o fato dela ser mais barata e de fácil acesso.

Por outro lado, os que fazem essa associação parece que não podem prescindir do álcool, tanto assim que qualquer bebida alcoólica, ainda que sem qualidade, presta-se ao papel desejado. Alguns relataram o consumo de álcool para combustível, desodorante, acetona.

“Já tomei até acetona com água, fumando crack pra dar uma baixada, entendeu? Preciso tomar alguma coisa. Aí cara, tem acetona, então vamos misturar com água, álcool de posto, entendeu?” (D35MCACM)

6.6.1. Motivos da associação

6.6.1.1. Substitui o crack

Referem-se ao álcool como “quebra-galho” em algumas ocasiões, tais como: acabou o crack e não há como comprar mais por falta de dinheiro. A pinga entra nesse contexto como forma de “enganar” a vontade da pedra.

“O álcool geralmente a gente usa quando a gente tá meio quebradão, entendeu? É... quebrado, sem dinheiro, a gente compra um coroti aí, toma umas cachaças...” (C33MCACM).

Importante notar que o álcool, nessa situação, não é associado ao crack para diminuir o consumo deste último ou modificar os seus efeitos, ele apenas ajuda o usuário a ficar numa abstinência forçada do crack até que ele consiga reunir meios para aquisição da droga novamente.

“Pra cobrir a necessidade do crack até você arrumar um dinheiro prá você usar mais crack.” (M29MCACM)

“Acabou o crack e agora... não tenho mais dinheiro para comprar... não tenho mais isso, não tenho mais nada pra virar, não tenho mais nada pra vender, o que que eu vou fazer? Beber.” (S33MCACM)

6.6.1.2.Sede

Relataram que o crack causa muita sede. A boca vai secando ao longo do consumo e o líquido mais prazeroso nesse momento é o álcool. Segundo os relatos, nem cogitavam de beber água, acreditavam que esta poderia diminuir o tempo do efeito do crack. Nesse momento o álcool foi a bebida de eleição.

“O crack na realidade chama o álcool, né? A pessoa começa a fumar o crack, aí vai secando a boca, seca a boca, aí depois já quer tomar algum líquido, só... Mas esse líquido nunca é água. É porque água, acho que o efeito vai encurtar e o estomago não aceita, sei lá..”. (P34MCACM)

“É porque dá sede, né? O crack também dá sede. Ou você come ou você bebe alguma coisa. Ou bebe um suco ou bebe uma pinga, ou toma uma cerveja. Uma dessas coisas tem que acontecer... Eu tomava cachaça pra não secar por dentro.” (E56MCA)

6.6.1.3.Efeitos Psíquicos

Há uma gama de diferentes resultados decorrentes da atuação do álcool sobre os efeitos do crack, segundo os usuários. Algumas vezes as falas são opostas. Enquanto alguns acreditam que há uma diminuição dos efeitos do crack, outros acreditam que há um aumento. Porém, seja qual for o sentido do efeito do crack quando associado ao álcool (aumentado ou diminuído), os relatos demonstram que se trata sempre de uma associação “vantajosa”.

6.6.1.4.Sintomas paranóides transitórios (nóia)

Os entrevistados relataram que após um tempo de consumo de crack o prazer deixou de existir e sobrou apenas o que denominam “nóia”. Alegaram que usavam o crack em função de eliminar ou diminuir esse efeito. Quando o utilizavam referiram que o efeito agradável do crack se prolongava e a “nóia” não se expressava.

“Se você tá fumando só o crack, ele chega uma hora que não bate. É aquilo que o pessoal fala: -Você tá fumando só pela nóia. E se você tiver misturado com álcool, você sente a brisa, né? Ele te deixa sentir a sensação do crack. Então, aí eu comecei a perceber que pra fumar o crack, eu tinha que ter o álcool, se não te daria a nóia de ficar querendo se esconder, querendo isso... Com o álcool a brisa dura muito mais.... Fica uma coisa mais legal. (C33MCACM)

“Se eu usar o álcool, eu dou um pega na pedra e a brisa demora um pouco mais pra passar. Então, sem o álcool passa rápido, aí tem que procurar a pedra logo de novo. O álcool segura mais a brisa.” (E44FCA)

Em contrapartida, vários entrevistados relataram um efeito totalmente diverso, quando se referiram a esses sintomas paranóides provocados pelo crack, na presença do álcool. Descreveram um aumento dessa “nóia”. Apesar de usarem o álcool para diminuí-la percebiam que a mesma se expressava de forma mais intensa. Alguns chegaram a afirmar que esse aumento da “loucura”, como denominavam, era agradável.

“Porque é mais gostoso. Eu acabei descobrindo que associar o álcool e o crack é mais gostoso, você fica doidão com álcool e puxa pra mente o crack, daí você fica alucinado, você não vê mais nada, você não conhece mais ninguém e, assim, você fica no seu momento.” (D28MCACM)

6.6.1.5. Fissura

Outro efeito característico do crack, que se expressa muito intensamente no usuário dessa droga é a fissura, ou seja, a compulsividade para consumir a droga. O uso de álcool seria uma tentativa de diminuir esse efeito, objetivo que parece ser alcançado, pelo menos quando do início dessa associação.

“Corta a brisa, corta aquela fissura, aquela vontade de usar de novo, entendeu? Então eu bebia pra ficar bêbado, para esquecer, na realidade, da fissura do crack.” (S33MCA)

Porém, parece que essa situação não se manteve para todos. Ao contrário, com o passar do tempo o álcool transformou-se num gatilho que disparava a vontade de crack e vice-versa, adicionando à fissura provocada pelo crack, também a originária do álcool.

“Assim se eu beber, automaticamente já vem a vontade de usar o crack, aí eu vou e uso o crack, aí vem a vontade de beber, aí fica naquela, sabe? E vai indo, vai indo, vai indo..., na hora que você vê, você tá se matando ali. Você fica naquele círculo ali, bebendo e fumando crack, bebendo e fumando crack, até te dar uma overdose e você morrer.” (D35MCACM)

“Bebia depois de fumar... aí quanto mais eu bebia dava vontade de usar mais crack. Dava vontade de usar mais e mais ainda. Se eu ficasse sem dormir 2 dias, tivesse virado 2 dias, 24 horas, 3 dias... ainda assim se eu fosse beber, eu ia usar mais crack... enquanto não parasse no hospital eu não parava.” (F34MCAM)

6.6.1.6. Outros efeitos

A agressividade foi pouco citada, mas alguns afirmaram que a junção do álcool ao crack despertava agressividade. Entretanto os entrevistados que a citaram não deixaram claro em que circunstâncias ela se manifestava.

“Ah você fica estranho, você fica agressivo. Você não fica a mesma pessoa.” (R32MCACM)

6.6.1.7. Economia de investimentos

Os relatos não deixam claro se despendem menos dinheiro com a associação de álcool e crack. Se por um lado utilizam menos pedra, acabam confessando que gastam o restante com álcool. Outros reportam que quanto mais álcool ingerem, mais crack consomem.

“É... Então vamos supor, pra quem chegou assim consumir uma pedra de crack enorme numa noite e consumia lá 200 reais de crack, a partir do momento que eu fui um alcoólatra, eu já não gastava mais os 100 reais só em crack, eu gastava 20 reais de crack, mas eu gastava o resto em bebida.” (U46MCACM)

“Mas dá mais vontade... assim que você acaba de fumar o crack, a primeira coisa que bate na mente é álcool. É instantâneo.” (R27MCACM)

6.6.2. Momento que se associa o álcool ao crack

Como ocorreu com a maconha, descrita no tópico anterior, o momento da ingestão do álcool é uma decisão individual que está diretamente ligada ao efeito buscado com a associação. Pelos relatos infere-se um racional que se aproxima de um padrão. Os que utilizam o álcool num momento anterior ao crack, em geral o fazem para facilitar o consumo de crack. O álcool, nesse contexto, estimula-os a consumir o crack. Por outro lado, os que o ingerem após o crack tem como objetivo interferir nos efeitos causados pelo crack, da forma já descrita anteriormente. Porém, esse padrão descrito não se mantém para muitos, os quais indiferentemente bebem e fumam continuamente.

“Depois que eu fumei... Eu, na realidade, eu uso o crack antes de beber qualquer bebida alcoólica, se eu não usar o crack eu não bebo...” (P34MCACM)

“As vezes o álcool primeiro, só que tomar bebida alcoólica me dá vontade de fumar crack.” (C33MCACM)

“Então eu bebia um pouco e fumava crack, fumava crack e bebia um pouco.” (S33MCACM)

7. DISCUSSÃO

Os primeiros relatos de uso de crack na Europa e EUA ocorreram no início da década dos anos 80 e nessa época ele era definido somente como uma droga com efeitos estimulantes rápidos (HAMID, 1992). No Brasil, o seu uso surgiu no início da década de 1990 na cidade de São Paulo (DUNN et al, 1996), sendo que a primeira apreensão de crack, feita pela Polícia Civil de São Paulo, ocorreu em 1991, embora existissem relatos da presença da droga no país já em 1989 (INCIARDI, 1993).

O contexto de saúde na época era extremamente preocupante. Uma epidemia de AIDS assolava o país, principalmente o estado de São Paulo, na qual o usuário de droga intravenosa (UDIs) constituía-se num dos grupos vulneráveis à infecção do vírus em razão da via de administração utilizada (GRANJEIRO et al, 2009). Grande parte das atenções governamentais dos profissionais de saúde estava voltada para esse quadro (BASTOS E SZWARCOWALD, 2000; FONSECA et al, 2007). Em meio a esse problema sério de saúde pública, com o surgimento do crack, muitos UDIs migraram para essa nova droga na tentativa de protegerem-se da ameaça de contrair o vírus pela via intravenosa (NAPPO et al, 1996). Essa mudança de via não se processava com tanta dificuldade, afinal o crack oferecia algumas “vantagens”: era barato, seus efeitos “poderosos” eram alcançados em poucos segundos, muito fácil de administrar e principalmente, era considerada droga “limpa”, pois não tinha potencial de transmissão de HIV ou outra DST, pela via de administração usada (NAPPO et al, 1996; OLIVEIRA E NAPPO, 2008).

Apesar de não oficial, o crack funcionou, nesse início, como estratégia de redução de danos. Tanto assim que MESQUITA et al. (2001) consideraram que a transição de vias de administração pode ter contribuído para a redução das taxas de contaminação pelo HIV no período de 1991 a 1999, que diminuíram de 63% para 42% respectivamente na cidade de Santos.

Esse panorama da época mostra que naquele instante o crack não se constituía num problema que roubasse a atenção das autoridades, embora já existissem relatos da sua ação devastadora (NAPPO et al., 1996), como: o alto grau de desintegração socioeconômica, da saúde mental, envolvimento intenso com a criminalidade, marginalização, violência e prostituição (FISCHER e COGHLAN, 2007; BENNETT et al. 2008; CHEN e LIN, 2009; NAPPO et al, 2010). A constituição das cracolândias, locais onde se reuniam vários usuários

de crack consumindo a droga, com grande exposição e visibilidade, também não foram suficientes para uma ação mais precoce do Estado em relação ao crack (RAUPP e ADORNO, 2011).

Talvez, em consequência do cenário daquele momento (epidemia de AIDS), as ações do Estado de enfrentamento do crack surgiram mais tardiamente, levando os usuários de crack, de forma empírica, achar soluções próprias para os seus problemas advindos do consumo dessa droga.

Dessa forma, há necessidade de exploração e descrição em profundidade das estratégias que parecem regular e permitir o uso do crack de forma mais controlada (OLIVEIRA e NAPPO, 2008)

A literatura traz algumas dessas experiências de usuários de crack e os mecanismos desenvolvidos por eles para driblar os efeitos da droga.

Nesse sentido, RIBEIRO et al (2010) estudaram algumas dessas estratégias e relataram que vários são os riscos provocados pela droga, os quais despertam nos usuários a necessidade de controlá-los ou evitá-los. A morte, os efeitos psíquicos como fissura e paranoia, efeitos físicos como o rápido emagrecimento comprometendo muito a aparência física, as lesões físicas, o tráfico, a repressão por policiais, etc. são alguns dos problemas enfrentados. Portanto, estratégias muito simples para driblar esses problemas foram desenvolvidas por esses usuários, como: utilizar a droga em locais protegidos evitando a visibilidade, não deixar de honrar os compromissos com o tráfico, não fazer barulho nas imediações da boca e chamar a atenção da vizinhança e da polícia e associar outras drogas ao consumo de crack como maconha ou álcool.

CHAVES et al (2011) num estudo semelhante, levantaram as táticas dos usuários de crack para controlar a fissura e concluíram fatos semelhantes ao estudo anteriormente citado. Estratégias simples foram colocadas em prática como por exemplo, desviar o pensamento da fissura e ocupar-se com outras formas de sentir prazer como uma forma eficaz de substituir o pensamento fixo na droga. CHAVES et al (2011) descrevem que o usuário tenta encontrar prazer em atividades corriqueiras do dia-a-dia, como trabalhar, estudar, cultivar a espiritualidade, jogar futebol e ter relação sexual. Um dos entrevistados relatou que costumava estudar com um amigo aos finais de semana para evitar ficar na rua e sucumbir à fissura. *“É porque cabeça desocupada é oficina de Satanás”*, afirma. Comer foi uma estratégia citada só por mulheres, que relataram comer compulsivamente, geralmente

carboidratos, para aplacar a fissura por crack. E por final, os autores também citam a associação de crack, com outras drogas, feita pelo usuário, em especial a maconha e álcool.

SANCHEZ e NAPPO (2007) também apontam alternativas ao consumo de crack e, demonstram nesse sentido a relevância da prática da religião e da fé.

Outros estudos brasileiros também avaliam a utilização de estratégias simples para controle da fissura do crack como o de ZENI e ARAUJO (2009) que concluíram que o relaxamento da respiração pode ser uma técnica eficaz, ou o de ARAUJO et al (2011) que propuseram a exposição do usuário a estímulos e treinamentos de habilidades para aprenderem a controlar a fissura.

O presente estudo concentrou-se na estratégia do usuário em associar crack à maconha ou álcool, principalmente nos motivos que levaram a essas associações e os resultados alcançados pelos usuários com essa prática. Este trabalho baseou-se na opinião de 27 entrevistados recrutados de acordo com as regras de uma investigação qualitativa (PATTON, 2002). Apesar do cuidado metodológico na construção da amostra, esta não deve ser comparada a uma amostra de estudo epidemiológico cujo o objetivo é a representatividade e a quantificação do fenômeno, diverso do buscado neste estudo que é a caracterização do fenômeno e do seu entendimento utilizando-se a visão daquele que o vivencia (OMS, 1991; PATTON, 2002). Dessa forma, deve-se ter cautela na extrapolação dos resultados aqui discutidos à outras populações.

7.1. Características da amostra

As características identificadas são semelhantes ao perfil descrito por recente pesquisa da SENAD desenvolvida por BASTOS e BERTONI (2013), na qual os usuários de crack foram distinguidos como: predominantemente homens, solteiros, jovens, desempregados e pertencentes a classes sociais desfavorecidas. Esse mesmo padrão também foi encontrado por NAPPO et al (1996), OLIVEIRA e NAPPO (2008) e RIBEIRO et al (2010) o que explica a baixa proporção de mulheres na amostra.

A deterioração causada pela droga é refletida na amostra através da condição em que se encontram os participantes do estudo em termos de: moradia, grande parte relatou viver em albergue e quase a totalidade está desempregada apesar de que a maioria possui uma escolaridade que permitiria ter alguma ocupação. Padrão descrito por outros autores

(BENNETT et al, 2008; COOK et al, 2008; OLIVEIRA e NAPPO, 2008). Ainda, em relação à degradação em que se encontram, fica bastante compreensível pelos relatos dos entrevistados que, em função do crack, perderam tudo, inclusive a dignidade. Esse comportamento não parece ser exclusivo da amostra sendo descrito na literatura por vários autores (FALCK et al, 2004; FISCHER et al, 2006; FISCHER e COGHLAN, 2007; BENNETT et al, 2008; COOK et al, 2008; OLIVEIRA e NAPPO, 2008; CHEN e LIN, 2009; CARVALHO e SEIBEL, 2009).

O histórico de drogas dos entrevistados também demonstra um padrão já identificado o qual inicia com drogas lícitas como álcool e cigarro, dando continuidade com a maconha como primeira droga ilícita consumida. A cocaína aspirada está presente em quase todos os históricos de consumo de drogas dos componentes da amostra, demonstrando que aspirar cocaína é um passo quase que obrigatório antes de fumar crack. Padrão semelhante foi encontrado por SANCHEZ e NAPPO (2002) em estudo, no qual investigaram a sequência de drogas consumidas anteriormente ao crack.

7.2. Consumo de crack

O início do consumo de crack aconteceu para esses participantes da amostra de forma muito semelhante ao que ocorre com outras drogas, ou seja, curiosidade, pressão do grupo, vontade de usar uma droga mais forte, ambiente com disponibilidade de drogas, foram algumas das razões citadas. Vários autores têm apontado essas mesmas causas, dentre eles destacam-se DE MICHELI et al (2002); SOBECK et al (2002) SCHENKER e MINAYO (2005); SANCHEZ et al (2005).

Os participantes da amostra reportaram uma grande gama de problemas causados pelo consumo da droga. Foram frequentes os relatos de envolvimento em atividades violentas e ilícitas como roubos, assaltos e tráfico como meios para obtenção do crack (CARVALHO e SEIBEL, 2009).

A perda da família e dos amigos e o isolamento social a que ficam submetidos também foram desdobramentos bastante comuns devido ao consumo de crack. RIBEIRO et al (2010) dividem as consequências originárias do consumo de crack em: riscos decorrentes dos efeitos psíquicos da droga os quais estão associados especialmente aos quadros de fissura e paranoia, que em decorrência deles os usuários sofrem lesões físicas devido a brigas,

comportamento sexual arriscado e detenção policial e perda de vínculos; riscos decorrentes da ilegalidade da droga os quais estão associados à violência nos pontos de venda da droga provenientes do tráfico ou da polícia; e por final os autores citam os riscos de complicações físicas decorrentes do uso da droga como overdose, emagrecimento e insônia. Os problemas e comportamentos encontrados na amostra e corroborados por RIBEIRO et al (2010) parecem fazer parte de um padrão clássico quando se trata de usuário de crack. Tanto assim, que a primeira caracterização da cultura de crack foi feita por NAPPO et al (1996) e esses mesmos pontos foram encontrados. Em 2008, novo estudo da cultura foi conduzido por OLIVEIRA e NAPPO e novamente esses aspectos se repetiram.

7.3. Associação do crack à outras drogas

É perfeitamente compreensível que o tamanho do ônus provocado pela droga leve o usuário a tomar alguma providência no sentido de minimizar as consequências provocadas pelo seu consumo (RIBEIRO et al, 2010). Porém, essa prática não era comum no início da cultura de crack no Brasil. Pelo contrário, a preferência por consumir somente a pedra para preservar seus efeitos foi bastante descrita por NAPPO et al. (1996) na primeira descrição da cultura de crack feita no Brasil. A afirmação de um usuário de crack de 18 anos que consumia a droga nessa época reflete bem essa exclusividade da pedra.

“Se eu tiver maconha eu vendo para comprar pedra; se eu tiver cocaína eu faço pedra. Depois do crack, só existe ele, não quero mais nada.”

Na atualidade, a associação de crack à outras drogas tem sido uma estratégia bastante utilizada e tem como objetivo principal aliviar os sintomas desagradáveis causados pela droga (fissura e sintomas paranóides transitórios) (OLIVEIRA e NAPPO, 2008; RIBEIRO et al, 2010).

A fissura por crack tem sido referida como uma necessidade imprescindível para o corpo, indispensável para a vida, comparada à fome. A impossibilidade de saciá-la causa forte sofrimento e o indivíduo é tomado por pensamentos obsessivos que envolvem maneiras arriscadas de obtenção de crack e/ou dinheiro para comprá-lo (BRUEHL et al, 2006). Ela é considerada fator crítico para o desenvolvimento do uso compulsivo e dependência de crack e recaídas após período de abstinência. O padrão de consumo intenso, repetitivo e contínuo denominado *binge* é provocado pela fissura e pode durar dias até que o suprimento da droga

termine ou que haja a exaustão do usuário levando-o a grave mal estar físico e psíquico (SIEGEL, 1982; CHAVES, 2011).

A fissura provoca ainda a urgência pelo crack que associada a falta de condições financeiras para suprir a demanda da droga colocam o usuário em situação de fragilidade, sob a qual se submete a estratégias perigosas para obtenção de crack, como situações de risco (tráfico de drogas, sexo sem proteção) e de violência (assaltos, brigas) (GAWIN e KLEBER, 1986; OLIVEIRA e NAPPO, 2008; NAPPO et al, 2011).

Os sintomas paranóides transitórios, conhecidos como paranoia, são caracterizados principalmente por ideias e delírios persecutórios que podem ser responsáveis por brigas devido ao juízo prejudicado da realidade (DSM IV). Esses sintomas geram características antissociais ao usuário (pelo medo decorrente das perturbações) (SHANNON et al, 2008).

Na perspectiva de interferir nesses sintomas e obter um efeito mais agradável da droga a associação é feita. OLIVEIRA e NAPPO (2008) em estudo etnográfico com usuários de crack afirmam: o uso múltiplo de drogas associadas ao crack surgiria como uma possibilidade de manipular a intensidade ou a duração dos efeitos dessa droga, seja como paliativo aos efeitos do crack ou com fins de intensificar ou prolongar os efeitos positivos.

Porém, a decisão pela droga que será associada é uma escolha individual do usuário que se baseia para isso em experiências de outros ou em tentativas de acerto e erro (RIBEIRO et al, 2010; CHAVES et al, 2011). No caso deste estudo, como enfatizado anteriormente, o foco concentrou-se nas associações de crack com álcool ou maconha.

7.4. Crack e *Cannabis* (maconha)

A associação dessas duas drogas recebe o nome de *mesclado* na região sudeste e *pitilho* na região nordeste e parece ser uma associação tão usual quanto a do álcool considerando que outros autores já a identificaram entre usuários de crack/cocaína (LABIGALINI e RODRIGUES, 1999; OLIVEIRA e NAPPO, 2008; GUIMARÃES et al., 2008; ANDRADE et al, 2010; RIBEIRO et al, 2010; CHAVES et al, 2011; OITHUIS et al., 2013).

Os participantes da amostra que fizeram uso da associação *cannabis* e crack, à semelhança daqueles que associaram álcool, tinham como objetivo na junção dessas drogas a redução dos efeitos indesejáveis do crack, principalmente fissura e paranoia. Todos

reportaram benefícios dessa associação relatando redução da ansiedade e dos sintomas da fissura refletindo numa menor busca do crack e principalmente deixar de utilizar estratégias perigosas para obtenção da droga, implicando num consumo menor de crack e conseqüentemente poupando mais dinheiro e proteção à sua vida. A magreza característica dos usuários de crack devido à inibição da fome provocada pela droga foi compensada pela maconha que, despertando o apetite, provocou um ganho de peso e ainda uma melhora do sono.

LABIGALINI e RODRIGUES (1999), em estudo no qual observaram 20 usuários de crack que faziam uso de *cannabis* com a finalidade de reduzir sintomas desagradáveis da droga relatam que com o passar do tempo o consumo de maconha substituiu o do crack e ainda observaram fato curioso, ou seja, a elaboração do cigarro de maconha por eles já iniciava o processo de diminuição da fissura.

RIBEIRO et al (2010) também identificaram, em estudo sobre as estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos da droga, a utilização da maconha como forma de redução dos sintomas da paranoia e fissura. Relatam experiências de sucesso dos usuários que colocaram essa tática em prática. RIBEIRO (2010) acrescenta que nas entrevistas com esses usuários os mesmos se consideravam um grupo distinto dos usuários de crack, também conhecidos por *nóia*. Estavam convictos que, por terem diminuído ou eliminado os sintomas desagradáveis provocados pela droga, causavam muito menos problemas à sociedade e à si próprios, devendo portanto, não serem considerados *craqueiros*. Dessa forma, diminuía o preconceito dirigido aos usuários de crack em geral.

ANDRADE et al (2010) entusiasmados com os resultados positivos gerados pela associação das duas drogas arriscam uma recomendação: *Na ausência de outras ferramentas de redução de danos para o crack, o uso do pitilho pode oferecer uma oportunidade única.*

Os efeitos terapêuticos da *cannabis* são conhecidos há bastante tempo. Os trabalhos pioneiros de CARLINI et al, dos quais selecionamos, 1970, 1970^a, 1973, 1974, 1974^a, 1975, 1980, 1981, CUNHA, CARLINI et al, (1980) e LEITE, CARLINI et al. (1982) comprovaram essas propriedades da droga, principalmente as anticonvulsivantes relativas à epilepsia. Outras indicações (CARLINI, 2005) como dores neuropáticas, em especial as que ocorrem na patologia esclerose múltipla (HONORIO et al, 2006, POZZILLI, 2013), antiemético potente indicado para pacientes de câncer sob tratamento com quimioterapia (MUSTY e ROSSI, 2001; TRAMER et al., 2001), etc. e para patologias de origem psíquicas como esquizofrenia, depressão e ansiedade (CRIPPA et al, 2010).

Esses trabalhos dão suporte para a ação da maconha sobre os efeitos do crack. A psicose (paranoia), por exemplo, é aplacada por um constituinte da *cannabis* denominado *cannabidiol* com efetiva propriedade antipsicótica. Há artigos na literatura que atribuem à maconha uma ação psicótica, porém trabalhos como o de PROAL et al. (2013) refutam essa ideia com os resultados do estudo conduzido por esses autores que demonstram que o risco da morbidade da doença na família é a base do desenvolvimento da esquizofrenia entre usuários de maconha e não a droga por si só.

O efeito hipnótico de componentes da *cannabis* explica a estabilização do sono do usuário, tão comprometido pelo uso de crack (CARLINI, 1981), assim como efeito relaxante da maconha explica a redução da ansiedade e fissura e a *larica* (aumento do apetite) provocado pela maconha, elucida a melhora nutricional do usuário (CARLINI, 2005).

Porém, os benefícios advindos da maconha associada ao crack não ocorrem tão impunemente. No que diz respeito aos efeitos adversos provocados pela maconha há bastante controvérsia. A *cannabis* não parece ser uma droga com grande poder de indução de dependência, apesar de se considerar que um uso a longo prazo pode levar à essa condição. (SWIFT e HALL, 2002; BUDNEY et al, 2001). Por outro lado, CARLINI (2005) destaca a baixa incidência de efeitos adversos graves devido ao uso crônico. Baseado nesses fatos, como citado por CARLINI (2005), a *WHO Expert Committee on Drug Dependence* considerou que o abuso de *cannabis* não constitui um risco de saúde pública (WHO, 2003). O efeito talvez mais preocupante seria o aumento da pressão arterial (CARLINI et al, 1974) causado pela maconha e considerando-se que o crack também provoca esse efeito, a junção das duas drogas poderia trazer algum problema nesse aspecto.

Parte dos participantes do estudo que fizeram a associação com maconha, cumpriram os critérios de dependência para maconha, mas deve-se destacar que numa associação de drogas fica difícil o entrevistado responder individualmente sobre cada droga. Outro ponto importante a ser considerado é que, para fumar o crack, era necessária a maconha para que os efeitos desagradáveis fossem reduzidos, porém o contrário não foi observado, ou seja, fumar maconha não desencadeava o desejo de fumar crack. Tanto assim que os entrevistados que relataram utilizar a maconha antes do crack acabavam não consumindo o crack na sequência. Os efeitos relaxantes da droga (CARLINI, 2005) inibiam a vontade.

A associação do crack com maconha parece trazer resultados bastante positivos do ponto de vista de proteção ao usuário. Porém, o valor dessa associação fica difícil de ser avaliado e discutido com mais detalhes devido à ilegalidade da droga. A forma conservadora

e ideológica que reveste essa discussão impede avanços importantes como uma solução alternativa para o abuso e dependência do crack.

7.5. Crack e álcool

Parece ser uma associação bastante comum entre usuários de crack, com várias citações na literatura apontando como razão do consumo de álcool com crack a busca da modulação do primeiro sobre os efeitos do segundo (SIEGEL, 1982; MAGURA et al, 2000; PENNING et al, 2002; OLIVEIRA e NAPPO, 2008; RIBEIRO et al, 2010; PILGRIM et al, 2013).

Os participantes da amostra alegaram a utilização do álcool principalmente por esses mesmos motivos, embora existam outras razões que fogem a esse perfil que serão discutidas posteriormente.

Melhorar a “brisa” da cocaína, tornar o efeito mais duradouro, diminuir a fissura e a paranoia foram alguns dos motivos citados pelos sujeitos do estudo. Condizentes com achados de outras pesquisas, como por exemplo os encontrados por McCANCE-KATZ et al. (1998) cujos participantes alegaram associar o álcool pelos “benefícios” dessa associação. Relataram que durante o *binge* do crack, a associação com álcool prolonga as propriedades euforigênicas da droga (o “*high*”) ao mesmo tempo que diminui as sequelas psíquicas e fisiológicas desagradáveis provenientes do consumo de crack, principalmente paranoia, fissura e agitação. O uso combinado parece diminuir a disforia associada com a abstinência aguda da droga. MAGURA e ROSENBLUM (2000) também afirmam essa propriedade do álcool quando associado ao crack, ou seja, a associação atenua os efeitos negativos da droga tais como: nervosismo, insônia, especialmente durante a fase de *binge*. Do mesmo modo que ocorreu com os participantes deste estudo, os autores constataram que a fissura diminui ou desaparece sob efeito da junção das duas drogas.

Esse quadro parece estar associado ao comportamento do crack/cocaína no homem e à interação que ela sofre com álcool quando consumidos concomitantemente.

O crack/cocaína, quando usado isoladamente, é rapidamente metabolizado no fígado originando metabólitos inativos, sendo o mais importante deles a Benzoilecgonina. Porém, quando consumido junto com o álcool, há um desvio desse metabolismo, que nesse contexto, produz o metabólito Cocaetileno. Este é um metabólito ativo, com um perfil farmacológico

semelhante ao crack/cocaína, porém com algumas diferenças de atuação na inibição da recaptação das monoaminas, o que resultaria num efeito psíquico mais brando, e ainda, associado à “vantagem” de levar um tempo maior para ser eliminado (tempo de meia-vida mais longo). Dessa forma a associação prolongaria o estado de euforia provocado pelo crack/cocaína, além de diminuir os sintomas paranóides transitórios e a fissura, motivos fortes que levariam o usuário a fazer essa associação. (CAMI et al, 1998; MAGURA e ROSENBLUM, 2000; PENNINGS et al, 2002; PASTOR et al, 2002; FAROOQ et al, 2009). A redução dos efeitos desagradáveis (fissura e paranoia) seria justificada pelo efeito depressor do álcool, que é percebido empiricamente pelos usuários de crack (RIBEIRO et al., 2010).

Mas parece que essa associação não seria destituída de problemas, pelo contrário, vários são os artigos que descrevem a toxicidade da mesma. Estudos de toxicidade demonstraram que cocaína e cocaetileno são equipotentes em produzir convulsões e provocam um efeito cardiotoxico bem mais potente que as drogas utilizadas isoladamente. O cocaetileno também demonstrou ser significativamente mais potente que a cocaína em provocar letalidade. Além desses graves problemas, o álcool, com o passar do tempo agiria como um “gatilho” para o uso do crack e vice-versa, aumentando o consumo das duas drogas. Tanto assim que o usuário de crack, antes de fumá-lo, bebe álcool para aumentar ainda mais a vontade de consumir crack, segundo relatos dos componentes da amostra. O usuário agregaria uma nova dependência, a do álcool, que seria tão ou mais danosa do que a do crack. Aplicado o DSM IV na amostra, quase todos que fizeram a associação álcool e crack cumpriram critérios de dependência para as duas drogas. As dependências das duas drogas adquiridas através da associação (álcool e crack) complicam ainda mais o tratamento do usuário de crack. Além de que, a agressividade típica do usuário de crack e também do usuário de álcool poderia ser manifestada de forma muito comprometedora nesse indivíduo. (SIEGEL, 1982; KATZ et al, 1992; NAPPO et al., 1999; MAGURA e ROSENBLUM, 2000; HEIL et al, 2001; LEPERE e CHARBIT, 2002; PENNINGS et al, 2002; TACKER e OKORODUDU, 2004; OLIVEIRA e NAPPO, 2009; WILSON et al, 2009; RIBEIRO et al, 2010; SNOZEK et al, 2012; PILGRIM et al, 2013) .

Os participantes da amostra também alegaram outros usos para a associação de álcool e crack, diferentes dos comentados até este momento. Alguns não buscaram a “proteção” da associação, mas a sua capacidade de aumentar os efeitos. McCANCE-KATZ et al (1998) confirmam a maior potência de efeitos oriundos da associação de álcool e crack, porém esse aumento não se restringe, infelizmente, somente aos efeitos agradáveis, mas também aos

tóxicos. Outros foram claros que o consumo de álcool seria para aumentar a vontade de usar o crack. Como comentado, o álcool pode assumir o papel de desencadeador da vontade de usar crack. LACOSTE et al (2010) adicionam um problema a esse papel do álcool, o qual acaba levando o usuário a ter recaídas mesmo depois de semanas de abstinência.

8. CONCLUSÃO

A associação de crack com maconha ou com álcool são alternativas bastante comuns entre os usuários de crack na busca do controle dos efeitos indesejáveis da droga. Ambas associações reduzem a fissura e a paranoia, porém a associação com maconha parece ser mais efetiva e menos danosa. O cocaetileno, a dependência cruzada, um possível aumento do consumo de crack e da agressividade, são alguns dos resultados da junção do álcool e crack, os quais deveriam ser motivos para uma atenção especial da área da saúde para essa associação.

Trabalhos clínicos deveriam ser efetuados com a maconha de forma a avaliar-se o valor da sua associação com crack, a qual poderia ser uma alternativa importante no enfrentamento do crack.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABEP – Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (2012) – www.abep.org
- Adorno, R.C.F. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. SMAD –Revista eletrônica de saúde mental, álcool e drogas. 4(1), 2008.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, texto revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed, 2002.
- Andrade, A.G.; Duarte, P.C.A.V.; Oliveira, L.G. I Levantamento Nacional sobre o uso de álcool, Tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. São Paulo: GREA/USP, 2010a.
- Andrade, T.; Santiago, L.; Amari, E.; et al. “What a pity” – exploring the use of “pitilho” as harm reduction among crack users in Salvador, Brazil. Drug: education, prevention and policy 1-3, 2010.
- Araujo, R.B.; Pansard, M.; Boeiro, B.U.; et al. Craving e Dependência Química: conceito, avaliação e tratamento. Revista Hospital das Clínicas de Porto Alegre. 30(1): 36-42, 2008.
- Araujo, R.B.; Oliveira, M.S.; Pedroso, R.S.; et al. As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 57(1): 57-63, 2010.
- Babson, K.A.; Boden, M.T.; Bonn-Miller, M.O. The impact of perceived sleep quality and sleep efficiency/duration on cannabis use during a self-guided quit attempt. Journal Addictive Behaviors. 38: 2707-27013, 2013.
- Bardin, L. Análise de Conteúdo (3a edição). Lisboa: Edições 70; 223, 2004.
- Bastos, F.I.; Szwarcwald, C.L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. Caderno de Saúde Pública. 16(1): 65-76, 2000.
- Bennett, T.; Holloway, K.; Farrington, D. The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. 13(2): 107–118, 2008.
- Biernacki, P. & Waldorf, D. Snowball Sampling: Problems and Techniques of Chain Referral Sampling. Revista Sociological methods & Research. 10(2): 141-163, 1981.
- Bono, J. Criminalistics: Introduction to controlled substances. In Karch, S.B. (Ed.), Drug Abuse Handbook, 75, 1998.
- Bruehl, M.A.; Lende, D.H.; Schwartz, B.A.; et al. Craving and control: methamphetamine users’ narratives. Journal Psychoactive Drugs. (3): 385-92, 2006.
- Budney, A.J.; Hughes, J.R.; Moore, B.A.; et al. Marijuana abstinence effects in marijuana smokers maintained in their home environment. Archives of General Psychiatry. 58, 917–924, 2001.
- Buhler, A. A coca. Actas Ciba. (12): 246-282, 1946.

- Cami, J.; Farré, M.; Gonzalez, M.L.; et al. Cocaine metabolism in humans after use of alcohol. *Clinical and research implications. Recent Developments in Alcoholism.* 14: 437-55, 1998.
- Carlini, E.A.; Hamaoui, A.; Bieniek, D.; et al. Effects of (–) delta-9-trans-tetrahydrocannabinol and a synthetic derivative on maze performance of rats. *Pharmacology.* 4(6): 359-68, 1970a.
- Carlini, E.A.; Santos, M.; Claussen, U; et al. Structure activity relationship of four tetrahydrocannabinols and the pharmacological activity of five semi-purified extracts of *Cannabis sativa*. *Journal of Psychopharmacology.* 18(2): 82-93, 1970.
- Carlini, E.A. Pharmacology of marihuana. *Arch Invest Med (Mex).* 5(1): 151-60. 1974a.
- Carlini, E.A.; Karniol, I.G.; Renault, P.F.; et al. Effects of marihuana in laboratory animals and in man. *British Journal of Pharmacology.* 50: 299–309, 1974.
- Carlini, E.A.; Mechoulam, R.; Lander, N. Anticonvulsant activity of four oxygenated cannabidiol derivatives. *Research Communications in Chemical Pathology Pharmacology.* 12(1):1-15, 1975.
- Carlini, E.A.; Cunha, J.M. Hypnotic and antiepileptic effects of cannabidiol. *Journal of Clinical Pharmacology.* 21: 417S-427S, 1981.
- Carlini, E.A.; Nappo, S.A.; Galduróz, J.C.F.; et al. Drogas psicotrópicas – O que são e como agem. *Revista Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo.* (3): 9-35, 2001.
- Carlini, E.A. The good and the bad effects of (2) trans-delta-9- tetrahydrocannabinol (D9-THC) on humans. *Journal Toxicon.* (44): 461–467, 2004.
- Carlini, E.A.; Galduróz, J.C.F.; Noto, A.R.; et al. (2007). II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do Brasil. CEBRID/SENAD, 2005.
- 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, 2010.
- Carrillo, E.R. Lo cualitativo en la investigación y su actualidad. *Psicología para América Latina.* 2, 1-6, 2004.
- Carvalho, H.B.de; Seibel, S.D. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Journal Clinics.* 64(9): 857-866, 2009.
- Chasin, A.A.M. Cocaína e cocaetilenó: influência do etanol nas concentrações de cocaína em sangue humano post mortem. Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, São Paulo, 1996.
- Chaves, T.V.; Sanchez, Z.M.; Ribeiro, L.A.; et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex- usuários. *Revista de Saúde Pública.* 45(6): 1168-75, 2011.

- Chen, C.Y.; Lin, K.M. Health consequences of illegal drug use. *Current Opinion in Psychiatry*. 22: 287–292, 2009.
- Clatts, M.C.; Welle, D.L.; Goldsamt, L.A. et al. An ethno- epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: reflections on the “emergence” of crack injection. *International Journal of Drug Policy*. 13, 285-295, 2002.
- Cook, J.A.; Jane, K.; Burke-Miller, M.S. Crack Cocaine, Disease Progression, and Mortality in a Multi-Center Cohort of HIV-1 Positive Women. *AIDS*. 11(22): 1355-1363, 2008.
- Creswell, J.W. *Research desing: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. 3 ed. USA: Sage Publications, 2009.
- Cunha, J.M.; Carlini, E.A.; Pereira, A.E.; et al. Chronic administration of cannabidiol to healthy volunteers and epileptic patients. *Journal Pharmacology*. 21(3): 175-85, 1980.
- Dackis, C.A.; O`Brien, C.P. Cocaine dependence: a disease of the brain’s reward centers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 21(3): 111-117, 2001.
- De Micheli, D.; Formigoni, M.L.O.S. Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns? *Journal Addictive Behaviors*. 27: 87-100, 2002.
- DeRosse, P.; Kaplan, A.; Burdick, K.E.; et al. Cannabis use disorders in schizophrenia: effects on cognition and symptoms. *Schizophrenia Research*. 120: 95–100, 2010.
- Dias, A.C.; Araújo, M.R. and Laranjeira, R. Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Revista de Saúde Pública*, 2011a (in press).
- Dias, A.C; Ribeiro, M.A.; Dunn, J.; et al. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2011.
- Díaz, A.F.; 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 – e Ajuntamento de Barcelona, 361, 1992.
- Di Forti, M.; Iyegbe, C.; Sallis, H.; et al. Confirmation that the AKT1 (rs2494732) Genotype Influences the Risk of Psychosis in Cannabis Users. *Journal Biological Psychiatry*. 72: 811-816, 2012.
- Duailibi, L.B.; Ribeiro, M.; Laranjeira, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Caderno de Saúde Pública*. 24(4): 545-557, 2008.
- Dubowski, K.M. Absorption distribution and elimination of alcohol: highway safety aspects. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 10: 98-108, 1985.
- Dunn, J.; Laranjeira, R.R.; Da Silveira, D.X.; et al. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Journal Substance Use & Misuse*. 31: 519-27, 1996.
- Eckschmidt, F.; Andrade, A.G. de; Oliveira, L.G. de. Comparação do uso de drogas entre universitários brasileiros, norte-americanos e jovens da população geral brasileira. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 62(3): 199-207, 2013.

- Faden, V. Epidemiology. In: Galantter, M. editor. Alcohol problems in adolescents and young adults. Kluwer Academic/Plenum Publishers, 1-4. (Recent developments in alcoholism, 17), 2005.
- Falck, R.S.; Wang, J.; Carlson, R.G. Among long-term crack smokers, who avoids and who succumbs to cocaine addiction? *Journal Addictive Behaviors*. 92(1-2): 24-9, 2008.
- Fischer, B.; Rehm, J.; Patra, J.; et al. Crack across Canada: comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. *Journal Addiction*. 101: 1760-1770, 2006.
- Fischer, B.; Coghlan, M. Crack use in North American cities: the neglected “epidemic”. *Journal Addiction*. 102: 1340-1341, 2007.
- Fonseca, E.; Bastos, F. I. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e Brasileira. In: Acselrad, G. 2a edição. *Avessos do Prazer: Drogas, AIDS e Direitos Humanos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1-25, 2005.
- Fonseca, E.M.; Nunn, A.; Souza-Junior, P.B. et al. Descentralização, AIDS e redução de danos: implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*. 23(9): 2134-2144, 2007.
- Freire, S.D.; Santos, P.L dos; Bortolini, M.; et al. Intensidade de uso de crack de acordo com a classe econômica de usuários internados na cidade de Porto Alegre/Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 61(4): 221-226, 2012.
- Garcia, E. L.; Zacharias, D. G.; Winter , G.; et al. (Re)conhecendo o perfil do usuário de crack de Santa Cruz do Sul □ □ Barbarói, Santa Cruz do Sul, 36: 83-95, 2012.
- Gawin, F.H.; Kleber, H.D. Abstinence Symptomatology and Psychiatric Diagnosis in Cocaine Abusers. *Clinical Observations. Archives of General Psychiatry*. 43(2): 107-113, 1986.
- Gay, G.R.; Inaba, D.S.; Sheppard, L.W.; Newmeyer, J.A. Cocaine: history, epidemiology and treatment. A perspective on a new debut for an old girl. *Journal Clinical Toxicology*. 8: 149-178, 1975.
- Gigliotti, A.; Bessa, M.A. Síndrome de dependência do álcool: critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2004.
- Graeff, F.G. *Drogas psicotrópicas e seu modo de ação*. São Paulo: E.P.U., 1989.
- Grangeiro, A.; Silva, L.L. da; Teixeira, P.R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*. 26(1), 2009.
- Grant, I.; Gonzalez, R.; Carey, C.; et al. Non-acute (residual) neurocognitive effects of cannabis use: a meta-analytic study. *Journal of the International Neuropsychological Society*. 9, 679–689, 2003.
- Green, A.I.; Burgess, R.D.; Zimmet, S.V. et al. Alcohol and cannabis use in schizophrenia: effects of clozapine vs. risperidone. *Journal Schizophrenia Research*. 60: 81–85, 2003.

- Guimarães, C.F.; Santos, D.V.V. dos; Freitas, R.C.; et al. Profile of crack users and factors related to criminality at the detoxication ward at Hospital Psiquiátrico São Pedro, Porto Alegre, Brazil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 30 (2): 101-108, 2008.
- Haas, C.; Karila, L.; Lowenstein, W. Cocaine and crack addiction: a growing public health problem. *Bull Acad Natl Med*. 193(4): 947-62, 2009.
- Häfner, H. Psychosis and cannabis. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 32(2): 53-67, 2005.
- Hamid, A. The development cycle of a drug epidemic: the cocaine smoking epidemic of 1981-1991. *Journal Psychoactive Drugs*. 24: 337-48, 1992.
- Haney, M.; Ward, S.A.; Comer, S.D.; et al, Abstinence symptoms following smoked marijuana in humans. *Journal Psychopharmacology*. 141: 395-404, 1999.
- Heckmann, W.; Silveira, C.M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: Andrade AG, Anthony JC, Silveira CM. *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. Barueri (SP): Minha Editora; 67-87, 2009.
- Heil, S.H.; Badger, G.J. Higgins, S.T. Alcohol dependence among cocaine-dependent outpatients: demographics, drug use, treatment outcome and other characteristics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 62(1): 14-22, 2001.
- Honório, K.M. Aspectos terapêuticos de compostos da planta *Cannabis sativa*. *Química Nova*. 29(2): 318-325, 2006.
- Horta, R.L.; Horta, B.L.; Rosset, A.P.; et al. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 27(11): 2263-2270, 2011.
- Inciardi, J.A. Crack cocaine in the Americas. In M.G.Monteiro; J.A.Inciardi (Eds.) *Brazil-United States. Binational Research*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. 63-75, 1993.
- Iversen, L. Cannabis and the brain. *Journal Brain*. 126, 1252 – 1270, 2003.
- Jorge, M.S.B.; Quinderé, P.H.D.; Yasui, S.; et al. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 18(10): 2909-2918, 2013.
- Karila, L.; Beck, F.; Legleye, S.; et al. Cocaine: from recreational use to dependence. *Revista Prat*. 59(6): 821-5, 2009.
- Kvale, S. *InterViews: an introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications, Inc.; 346, 1996.
- Labate, B.C.; Goulart, S.L.; Fiore, M.; et al. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba, 444 p.; 2008.
- Labigalini, E.; Rodrigues, L.R.; Silveira, D.X. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*. 31(4): 451-455, 1999.
- Lacoste, J.; Pedrera-Melgire, M.; Charles-Nicolas, A. et al. *Cocaïne et alcool: des liaisons dangereuses*. Aimé, Nicolas Ballon. *Presse Med.*; 39: 291 – 302, 2010.

- Laranjeira, R.; Pinsky, L.; Zaleski, M. et al. I Levantamento Nacional sobre padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília/DF, 2007.
- Laranjeira, R.; Madruga, C.S.; Pinsky, L.; et al. II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas. São Paulo: INPAD, 2012.
- Leite, J.R.; Carlini, E.A.; Lander, N. et al. Anticonvulsant effects of the (-) and (+) isomers of cannabidiol and their dimethylheptyl homologs. *Journal Pharmacology*. 24(3):141-6, 1982.
- Lepere, B.; Charbit, B. Cardiovascular complications of cocaine use: recent points on cocaethylene toxicity. *Annales de Medecine Interne (Paris)*. 153(3): 1S45-1S46, 2002.
- Leshner, A.I. Using Behavioral Research to Address Drug Abuse and AIDS. *Journal AIDS and Behavior*. 2(3): 263-265, 1998.
- Magura, S.; Rosenblum, A. Modulating effect of alcohol use on cocaine use. *Journal Addictive Behaviors*. 25(1): 117-22, 2000.
- Malchy, L.; Bungay, V.; Johnson, J. Documenting practices and perceptions of “safer” crack use: A Canadian pilot study. *International Journal of Drug Policy*. 19: 339- 341, 2008.
- Malta, M.; Monteiro, S.; Lima, R.M.J.; et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*. 42(5): 830-7, 2008.
- Martin, A.; Stenner, P. Talking about drug use: what are we (and our participants) doing in qualitative research? *International Journal of Drug Policy*. 15: 395-405, 2004.
- Mays, N.; Pope, C. Rigour and qualitative research. *British Medical Journal*. 311, 109-112, 1995.
- McCance-Katz, E.F.; Kosten, T.R.; Jatlow, P. Concurrent Use of Cocaine and Alcohol Is More Potent and Potentially More Toxic than Use of Either Alone - A Multiple-Dose Study. *Journal Biological Psychiatry*. 44: 250–259, 1998.
- Merriam, S.B. *Qualitative research in practice: Examples for discussion and analysis*. San Francisco: Jossey-Bass. 2002.
- Mesquita, F.; Kral, A.; Reingold, A.; et al Santos: Metropolitan Region Collaborative Study Group. Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 28(3): 298-302, 2001.
- Minayo, M.C.S.; Sanches, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Caderno de Saúde Pública*. 9(3): 239-62. 1993.
- Morrison, P.D.; Zois, V.; McKeown, D.A., et al. The acute effects of synthetic intravenous Δ^9 -tetrahydrocannabinol on psychosis, mood and cognitive functioning. *Journal Psychological Medicine*. 39(10): 1607-1616, 2009.
- Morse, R.M.; Flavin, D.K. “The Definition of Alcoholism.” *Journal of the American Medical Association*. 268: 1012-1014, 1992.

- Musty, R.E.; Rossi, R. Effects of smoked cannabis and oral delta-9 tetrahydrocannabinol on nausea and emesis after cancer chemotherapy: a review of state clinical trials. *Journal Cannabis Therapeutics*. 1, 29–42. 2001.
- Nappo, S.A.; Galduróz, J.C.F.; Noto, A.R. Crack use in São Paulo. *Journal Substance Use & Misuse*. 31(5), 565-579, 1996.
- Nappo, S.A.; Sanchez, Z.V.D.M.; Oliveira, L.G.; et al. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST-AIDS. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2003.
- Nappo, S.A.; Sanchez, Z.M.; Oliveira, L.G. Crack, AIDS, and Women in São Paulo, Brazil. *Journal Substance Use & Misuse*. 46(4): 476-85, 2011.
- Neale, J.; Allen, D.; Coombes, L. Qualitative research methods within the addictions. *Journal Addiction*. 100:1584-1593, 2005.
- Nogueira-Martins, M.C.F.; Bógus, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Revista Saúde e Sociedade*. 13(3), 44-57, 2004.
- Nvivo 10 http://www.qsrinternational.com/products_nvivo.aspx
- Olthuis, J.V.; Darredeau, C.; Barrett, S.P. Substance use initiation: The role of simultaneous polysubstance use. *Drug and Alcohol Review*. 32, 67–71, 2013.
- Oliveira, L.G.; Nappo, S.A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*. 42(4): 664-671, 2008.
- Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde. A estimativa rápida e a divisão no distrito sanitário. Manual de Instruções. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde nº 11. Brasília; 1993.
- Patton, M.Q. *Qualitative Evaluation and Research Methods*, London: Sage Publications; p.530, 1990.
- Patton, M.Q. *Qualitative research and evaluation methods*. Sage Publications, 3a edição; 598, 2002.
- Pennings, E.J.; Leccese, A.P.; Wolff, F.A. Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Journal Addiction*. 97(7): 773-83, 2002.
- Pertwee, R.G. The diverse CB 1 and CB 2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: Δ 9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and Δ 9-tetrahydrocannabivarin. *British Journal of Pharmacology*. 153(2): 199 – 215, 2008.
- Pope, C.; Ziebland, S.; Mays, N. Analysing qualitative data. *British Medical Journal*. 320: 114-116, 2000.
- Pope, H.G.; Gruber, A.J., Hudson, J.I. et al. Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Archives of General Psychiatry*. 58(10), 909-915, 2001.

- Pozzilli, C. Advances in the management of multiple sclerosis spasticity: experiences from recent studies and everyday clinical practice. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 13(12): 49-54, 2013.
- Prior, N.P.; Payá, J.M.; Company, E. S.; et al. Transcendencia del cocaetilenio en el consumo combinado de etanol y cocaína. *Revista Española de Drogodependencias*. 31: 254-270, 2006.
- Proal, A.C.; Fleming, J.; Galvez-Buccolini, J.A. et al. A controlled family study of cannabis users with and without psychosis. *Journal Schizophrenia Research*. 2013.
- Raup, L.; Adorno, R.C.F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 16(5): 2613-2622, 2011.
- Reichenheim, M.E.; Souza, E.R.; Moraes, C.L. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*. 377 (9781): 1962-1975, 2011.
- Reiman, A. Cannabis as a substitute for alcohol and other drugs. *Harm Reduction Journal*. 6:35, 2009.
- Reinarman, C.; Levine, H.G. Crack in context. *Demon drugs and social justice*. Berkeley, 1997.
- Ribeiro, M.; Dunn, J.; Sesso, R.; et al. Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 28(3), 196-202, 2006.
- Ribeiro, L.A.; Sanchez, Z.M.; Nappo, S.A. Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated. *Journal BioMed Central Public Health*. 10(671), 2010.
- Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2012). O plano de tratamento. In: Ribeiro, M. & Laranjeira, R. *O tratamento do usuário de crack*. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 183-210.
- Richardson, R.J. *Pesquisa Social: Métodos e técnicas*. São Paulo: Editora Atlas; 334, 1999.
- Rigoni, M.; Oliveira, M.S.; Moraes, J.F.D. de. O consumo de maconha na adolescência e as consequências nas funções cognitivas. *Psicologia em estudo*. Maringá. 12(2): 267-275, 2007.
- Ronzani, T.M.; Fernandes, A.G.B.; Gebara, C.F.; et al. Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 14(5): 1751-1761, 2009.
- Roxburgh, A.; Degenhardt, L.; Copeland, J. Et al. Drug Dependence and Associated Risks Among Female Street-Based Sex Workers in the Greater Sydney Area, Australia. 43(8-9): 1202-1217, 2008.
- Sanchez, Z.V.D.M.; Nappo, S.A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista de Saúde Pública*. 36(4): 420-30, 2002.
- Sanchez, Z.V.D.M.; Oliveira, L.G.; Nappo, S.A. Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Revista de Saúde Pública*. 39(4): 599-605, 2005.
- Sanchez, Z.V.D.M.; Nappo, S.A. From the First Drug to Crack: The Sequence of Drugs Taken in a Group of Users in the City of São Paulo. *Journal Substance Use & Misuse* 42:177-188, 2007.

Santos, C.A. dos. A situação do crack na cidade de São Paulo. [Monografia de especialização]. Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

Santos, E.M.A.L. dos; Silva, J.C. da; Linhares, E.G.; et al. Fatores de risco para o consumo de crack na adolescência. In: IV Jornada em Pesquisa em Psicologia: Desafios atuais nas práticas da psicologia, 4.,2011. Universidade de Santa Cruz do Sul. Anais Santa Cruz do Sul. 2011.

Santos, M.F.S; Acioli Neto, M.L.; Souza, Y.S.O. Representações sociais do crack na imprensa pernambucana. Estudos de Psicologia I Campinas I. 29(3) 379-386, 2012.

Silva, E.F.; Pavani, R.A.B.; Moraes, M.S.; et al. Prevalência do uso de drogas entre escolares do ensino médio do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Caderno de Saúde Pública. 22(6): 1151-8, 2006.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Results from the 2005 National Survey on Drug Use and Health: National Findings. Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services, Rockville, MD. 2006.

Schenker, M.; Minayo, M.C.S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 10(3): 707-717, 2005.

Scweinsburg, A.D.; Schweinsburg B.C.; Medina, K.L. The influence of recency of use on fMRI response during spatial working memory in adolescent marijuana users. Journal of Psychoactive Drugs. 42(3): 401-412, 2010.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar. – Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas: Serviço Social da Indústria. 172 p., 2008.

Secretaria Nacional de Políticas Públicas (SENAD). Prevenção ao uso indevido de drogas : Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2011.

Seibel, S.D.; Toscano Jr., A. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2001.

Serrapioni, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 5(1), 187-192, 2000.

Shannon, K.; Rusch, M. Shoveller, J. et al. Mapping violence and policing as an environmental–structural barrier to health service and syringe availability among substance-using women in street-level sex work. International Journal of Drug Policy. 19: 140–147, 2008.

Siegel, R.K. Cocaine smoking. Journal of Psychoactive Drugs. 14(4): 271-359, 1982.

Silveira, G.L.; Rodrigues, L.B. O consumo de substâncias psicoativas e o autocuidado entre pessoas em situação de rua na cidade de Juazeiro-BA. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, Salvador. 1(1): 95-122, 2013.

Sobeck, J.; Abbey, A.; Agius, E.; et al. Predicting early adolescent substance use: do risk factors differ depending on age of onset? Journal of Substance Abuse Treatment. 11: 89-102, 2002.

Solowij, N.; Pesa, N. Anormalidades cognitivas no uso da cannabis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 32(1): 31-40, 2010.

Stahl, M.S. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 4 ed., 2010.

Stone, J.M.; Fisher, H. L.; Major, B. et al. Cannabis use and first-episode psychosis: relationship with manic and psychotic symptoms, and with age at presentation. Young on behalf of the MiData Consortium *Psychological Medicine*, © Cambridge University Press, 1-8, 2013.

Strauch, E.S.; Pinheiro, R.T.; Horta, R.A.S.B.L. Uso de álcool por adolescentes: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*. 43(4): 647-655, 2009.

Swift, W.; Hall, W. Cannabis and dependence. In: Grotenhermen, F., Russo, E. (Eds.), *Cannabis and Cannabinoids. Pharmacology, Toxicology and Therapeutic Potential*. The Haworth Integrative Healing Press, New York. 257–268, 2002.

Tacker, D.H.; Okorodudu, A.O. Evidence for injurious effect of cocaine in human microvascular endothelial cells. *Clínica Chimica Acta*. 345(1): 69-77, 2004.

Taylor, S.J.; Bogdan, R. *Introduction to Qualitative Research Methods*. New York: John Wiley & Sons Inc.; 337, 1998.

Thiry-Cherques, H.R. Saturation in qualitative research: empirical sizing estimation. *Revista Brasileira de Pesquisa de Marketing, Opinião e Mídia (PMKT)*. 20, 2009.

Toscano Jr., A. (2001). Um breve histórico sobre o uso de drogas. Em S. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu. 7-23.

Tramer, M.R.; Cerroll, D.; Campbell, F.A.; et al. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *British Medical Journal*. 323, 16–21. 2001.

United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report (Vol. 1)*. New York: Author. 2006.

United Nations Office on Drugs and Crime. *World Drug Report*. New York: Author, 2013.

Vallee, B.L. Alcohol in the western world. *Scientific American*. 278: 80–85, 1998.

Vargas, D.; MAV, L. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 16: 543-50, 2008.

Vasconcelos, S.M.M.; Macedo, D.S.; Lima, I.S.P.; et al. Cocaetileno: um metabólito da associação cocaína e etanol. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 28, 207-210, 2001.

Víctora, C.G., Knauth, D.R.; Hassen, M.N.A. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

Wagner, M.F.; Oliveira, M.S. Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de cannabis. *Psicologia em Estudo*. 14(1): 101-10, 2009.

Wagner, M.F.; Silva, J.G.da; Zanettelo, L.B.; et al. O uso da maconha associado ao déficit de habilidades sociais em adolescentes. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas (SMAD)*. 6(2): 3, 2010.

World Health Organization (WHO). *Qualitative Research for health programmes*. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization. 102, 1994.

World Health Organization (WHO). *Expert Committee on Drug Dependence*. WHO. Technical Report Series 915, Thirty-third Report, Geneva, Switzerland. 2003.

World Health Organization (WHO). *World Health Report 2004: Changing history*. Geneva: WHO, 2004.

World Health Organization (WHO) Annex 5.a: prevalence of use, adverse health effects of and interventions for cannabis, cocaine, amphetamines and MDMA use and dependence. In: *Disease control priorities related to mental, neurological, developmental and substance abuse disorders*. Geneva: Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization. 87, 2006.

Watson, S.J.; Benson, J.A.; Joy, J.E. Marijuana and medicine: assessing the science base. A summary of the 1999 Institute of Medicine report. *Archives of General Psychiatry*. 57: 547-552, 2000.

Wechsberg, W.M.; Novak, S.P.; Zule, W.A.; et al. Sustainability of intervention effects of an evidence-based HIV prevention intervention for African American women who smoke crack cocaine. *Journal Drug and Alcohol Dependence*. 109(1-3): 205-212, 2010.

Zeni, T.C.de; Araujo, R.B. O relaxamento respiratório no manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 31(2): 116-119, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIFESP



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 27 de outubro de 2011

CEP Nº: 1602/11

Ilmo(a) Sr(a)

Pesquisador(a): Janaina Rubio Gonçalves

Disciplina/Departamento: Psicobiologia

Pesquisadores associados: Solange Aparecida Nappo (orientadora)

**Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo**

TÍTULO DO ESTUDO: Razões e implicações das associações de álcool e/ou maconha com crack :

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Risco mínimo, sem procedimento invasivo

OBJETIVO DO ESTUDO: O objetivo do trabalho é identificar com detalhes as razões pelas quais o usuário faz essas associações, como elas são feitas (durante o consumo do crack, anterior ao consumo, após o consumo, etc) e as implicações dessas associações no que se refere à saúde, qualidade de vida e integração à sociedade.

RESUMO: A amostra será constituída por usuários/ex-usuários de crack, maiores de 18 anos de idade e que utilizaram uma das associações estudadas (álcool ou maconha). Considerar-se-á usuário, para fins deste estudo, aqueles que utilizaram a droga pelo menos 25 vezes, garantindo, dessa forma, que usuários experimentais não façam parte da amostra. Como ex-usuários, aqueles que não fizeram uso de crack nos 6 meses que antecederam à pesquisa. A amostra compreenderá 3 grupos de modo a poder estabelecer as diferenças de relatos entre eles, ou seja, 1º. Grupo de usuários/ex-usuários de crack somente; 2º. Grupo de usuários/ex-usuários de crack que associam/associaram a álcool; 3º. Grupo de usuários/ex-usuários de crack que associam/associaram à maconha. Imagina-se, pela experiência como tema e com a metodologia, que os grupos serão constituídos de no mínimo 30 sujeitos de pesquisa cada um. A amostra será recrutada utilizando-se a técnica de bola de neve, na qual um entrevistado indica o próximo e assim por diante. Será realizada entrevista com questões padronizadas. As entrevistas serão semi-estruturadas, em profundidade, anônimas e gravadas com a permissão do entrevistado. Pelo tempo despendido na locomoção até o local da entrevista e na duração da entrevista os participantes serão ressarcidos.

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos do estudo

TCLE: Adequado, contemplando a resolução 196/96

DETALHAMENTO FINANCEIRO: AFIP

CRONOGRAMA DO ESTUDO: Adequado

PRIMEIROS RELATÓRIOS PARCIAIS PREVISTOS PARA : 21/10/2012 e 16/10/2013

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

ANEXO 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuário ou ex-usuário sujeito de pesquisa)

Este termo de consentimento livre e esclarecido refere-se à sua participação no estudo denominado **“Razões e implicações das associações de álcool ou maconha com crack”**.

Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa conhecer a interferência da associação de álcool e/ou maconha no consumo de crack.

Procedimentos

Estou ciente que serei submetido a entrevista onde serei questionado sobre o meu uso de crack e como as associações com álcool e ou maconha agem sobre as consequências desse meu consumo.

Fui informado que estas informações farão parte de uma pesquisa que tem como objetivo identificar em profundidade, junto aos usuários de *crack*, as razões pelas quais eles associam o *crack* a álcool ou à maconha; como as associações são feitas (antes do consumo; após ou durante o consumo, etc.) e avaliar as suas implicações para os usuários, do ponto de vista de saúde, qualidade de vida e integração social.

Essas informações vão contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno do consumo de crack e associação com álcool e/ou maconha, procedimento comum entre usuários de crack.

Estou informado de que serei ressarcido de eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa como: tempo dedicado ao estudo, transporte e alimentação. Este ressarcimento será efetuado ao final da entrevista.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Dra. Solange Aparecida Nappo, a qual poderá ser encontrada no telefone 8122-7193 e a pesquisadora associada Janaina Rubio Gonçalves, que pode ser encontrada no telefone 8654-4452 ou no endereço: Rua Botucatu 862 – 1º andar – São Paulo – SP, Telefone(s) 5539.0161. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062,

FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

Todas as informações obtidas relativas à minha participação neste estudo serão analisadas em conjunto com aquelas obtidas com outros pacientes, resguardando, desta forma, a confidencialidade da minha participação.

É compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Fica assegurada a minha desistência de continuar participando do estudo em qualquer etapa do projeto, e caberá também ao pesquisador responsável, a qualquer momento, proceder a minha exclusão se for para o meu bem-estar.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: **“Razões e implicações das associações de álcool ou maconha com crack”**

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 paciente/representante legal

_____ Data / /

Assinatura da testemunha

Para casos de pacientes analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

_____ Data / /

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO 3 – Roteiro de Entrevista

I) DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

0. Qual o seu nome?
1. Qual a sua idade?
2. Você já estudou?
3. Até que série
4. Você tem companheiro (a)?
5. Mora com quem?
6. Você tem filhos?
7. Quantos?
8. Moram com quem?
9. Você trabalha?
10. Faz o que?
11. Onde trabalha?

II) HISTÓRICO DE USO DE DROGAS

12. Com que idade você começou a usar drogas?
13. Com que droga você começou?
14. Quais outras drogas você usou?
15. Você teve problemas com alguma dessas drogas?
16. Qual dessas drogas te trouxe mais problemas?
17. Que tipo de problema?

III) USO DE CRACK

18. Como você conheceu o crack?
19. Com que idade você começou a usar o crack?

20. Você sabia alguma coisa sobre o crack quando você começou a usar?
21. O que você sabia?
22. O que você sentiu na primeira vez que você usou?
23. Nessa primeira vez, você usou só o crack ou associou com alguma outra droga?
24. Com qual droga você associou?
25. Você teve problemas com o crack?
26. Que tipo de problemas?
27. Depois de quanto tempo utilizando crack, você percebeu que estava com problemas?
28. Você fez alguma coisa para contornar os problemas ocasionados pelo uso de crack?
29. O que você fez para contornar esses problemas?
30. O que você faz para diminuir a sua fissura e/ou a nória?

IV) ASSOCIAÇÃO DO CRACK COM OUTRAS DROGAS

31. Você associa o crack + álcool ou crack + maconha?
32. Ou você faz as 2 associações? Elas ocorrem separadamente ou simultaneamente? Como elas ocorrem? Por quê?
33. Quando começou a associar essa(s) drogas?
34. Quem lhe falou a respeito dessa associação?
35. O que você sabia sobre essa associação de crack com álcool?
36. O que você sabia sobre essa(s) associação(ões) de crack com maconha?
37. Além dessas drogas você associa outras?
38. Quais?
39. Por quê?

V) ASSOCIAÇÃO COM MACONHA

40. Porque você associa crack + maconha?
41. O que essa associação faz em relação aos efeitos do crack?
42. Quando você fuma a maconha, isso ocorre antes, depois, ao mesmo tempo (mesclado) que fuma crack ou não tem um momento certo?

43. Porque você fuma dessa forma?
44. Quanto você fuma(va) de mesclado e quanto você fuma(va) de crack apenas?
45. Você acha que a maconha pode aumentar ou diminuir a agressividade quando você o usa junto com o crack?
46. Você consegue usar o crack sem usar a maconha?
47. Você consegue usar a maconha sem fumar o crack?

VI) ASSOCIAÇÃO COM ÁLCOOL

48. Porque você associa crack + álcool?
49. O que essa associação faz em relação aos efeitos do crack?
50. Quando você toma álcool, isso ocorre antes, depois, ao mesmo tempo que fuma crack ou não tem um momento certo?
51. Porque você toma dessa forma?
52. Qual a bebida alcoólica que você usa?
53. Porque você toma essa bebida específica?
54. Quanto você toma de álcool quando usa crack?
55. Você acha que o álcool pode aumentar ou diminuir a agressividade quando você o usa junto com o crack?
56. Você consegue tomar álcool sem usar o crack?
57. Você consegue usar o crack sem tomar o álcool?

VII) CUSTO e DISPONIBILIDADE DA ASSOCIAÇÃO

58. Dentre os usuários apenas de crack, os usuários de crack + maconha e os usuários de crack + álcool:
 - a. Qual deles consome mais crack?
 - b. Qual deles consome menos crack?
 - c. Qual deles gasta mais dinheiro?
 - d. Qual deles gasta menos dinheiro?
 - e. Qual deles está mais “prejudicado”?
 - f. Qual deles está menos “prejudicado”?

DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais

Nos últimos 12 meses você sentiu algum destes sintomas:

(1) tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:

(a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores de crack para adquirir a intoxicação ou efeito desejado

(b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de crack

(2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:

(a) síndrome de abstinência característica para cocaína ((1) fadiga; (2) sonhos vívidos e desagradáveis; (3) insônia ou hipersonia; (4) aumento do apetite; (5) retardo ou agitação psicomotora)

(b) o crack ou cocaína é consumido para aliviar ou evitar sintomas de abstinência

(3) o crack é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido

(4) existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso do crack

(5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção do crack (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos

(6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso do crack

(7) o uso do crack continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo crack

ANEXO 4 – Escala ABEP



O Critério de Classificação Econômica Brasil, enfatiza sua função de estimar o poder de compra das pessoas e famílias urbanas, abandonando a pretensão de classificar a população em termos de “classes sociais”. A divisão de mercado definida abaixo é de **classes econômicas**.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade de Itens				
	0	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

Nomenclatura Antiga	Nomenclatura Atual	
Analfabeto/ Primário incompleto	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto	0
Primário completo/ Ginásial incompleto	Fundamental 1 Completo / Fundamental 2 Incompleto	1
Ginásial completo/ Colegial incompleto	Fundamental 2 Completo/ Médio Incompleto	2
Colegial completo/ Superior incompleto	Médio Completo/ Superior Incompleto	4
Superior completo	Superior Completo	8

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A1	42 - 46
A2	35 - 41
B1	29 - 34
B2	23 - 28
C1	18 - 22
C2	14 - 17
D	8 - 13
E	0 - 7

ABSTRACT

REASONS AND IMPLICATIONS OF ASSOCIATIONS OF ALCOHOL OR MARIJUANA WITH CRACK

Introduction: Crack cocaine continues a challenge for health care in the field of drugs. Its quick pleasurable effects and facility to obtain them have led an increasing number of crack cocaine new users. The craving that is developed on the user, due to the crack, makes him vulnerable to risk situations and uncontrolled use of the drug. Due to this fact, users have tried their own strategies to survive the culture of crack mainly the craving. In this sense, users have associated marijuana or alcohol with crack cocaine for this purpose.

Objectives: The objective of this work was to identify in detail why the user makes associations of alcohol or marijuana with crack, at what time they occur (during consumption of crack prior to consumption, after consumption, etc.) and their implications in relation to the health of crack cocaine users.

Methodology: This is a qualitative research, developed through in-depth interviews. A purposive sample by criteria, composed of 27 crack cocaine users who make association with alcohol or marijuana, of both sexes and aged between 19 and 56 years, was built. The sample components were recruited using the snowball technique and the theoretical saturation point as an indication that the sample was sufficient. The interviews were transcribed, inserted and analyzed by NVivo-10 software; and the data were exploited by the technique of content analysis.

Results: Respondents reported that the association with marijuana brought "protection" to them; reduced side effects, improved the sleep and hunger and decreased the desire to use crack cocaine. The association with alcohol also reduced the side effects but has become, over time, "trigger" for the consumption of crack.

Discussion: Both associations reduced craving and paranoia, but the association with marijuana was beneficial and protective to the user. However, the alcohol association developed on the user, over time, a cross-dependence of the crack increasing its consumption.

Conclusion: The associations of alcohol or marijuana with crack are quite common alternative among crack users. In both associations were observed reduction in craving and paranoia but the association with marijuana appeared to be more effective and less harmful. Cocaethylene, cross-dependence, a possible increase in crack use and aggression, were some of the results of the alcohol association with crack. The discussion on the value of the association of crack with marijuana is covered by the prohibitionist ideology due to the illegality of the drug hinders the advance of finding an alternative solution.