

“O serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos como povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido. Devemos a tais veículos não só a produção imediata de prazer, mas também um grau altamente desejado de independência do mundo externo, pois se sabe que, com o auxílio deste “amortecedor de preocupações”, é possível, em qualquer ocasião, afastar-se da pressão da realidade e encontrar refúgio num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade”.

Sigmund Freud em “O mal-estar na civilização.”

“Esteja onde estiver – dentro ou fora da academia, professor ou escritor – alguém perderá a relação com a filosofia se deixar de interpelar o mundo, os homens e a si mesmo, dando assentimento imediato a eles”.

Marilena Chauí em “Experiência do Pensamento: ensaios sobre a obra de Merleau-Ponty”.

1. Introdução.

Os desafios que as relações intensivas de consumo de crack propõem à coletividade constituem uma das grandes pautas da atualidade. Entretanto, especialmente em âmbito nacional, são poucos os estudos e os relatos de experiências institucionais daqueles que se ocupam da questão.

Neste sentido, o presente trabalho – apoiado numa dada experiência de pesquisa (de tradição biomédica) – apresenta achados e constrói (algumas) reflexões que venham alimentar, novos e

necessários espaços de discussão. Espaços que, por sua vez, possam favorecer a construção participativa de caminhos de enfrentamento da situação na sua multiplicidade de matizes.

I

1.1.Os rituais e as substâncias psicoativas.

A busca e utilização de diversos tipos de substâncias psicoativas acompanham a história da humanidade. Tanto no Oriente quanto no Ocidente, inúmeras culturas desenvolveram formas de transcendência e manipulação da consciência (Moraes, 2005), apoiando-se, em muitos casos, no emprego de ervas e plantas consideradas sagradas:

(...) “desde os primórdios se praticou o consumo ritual de certas substâncias estranhas à necessidade da alimentação ou, mesmo, à realização do que, hoje, se poderia chamar de bem-estar subjetivo. Já nos tempos mais remotos, os homens dispunham de um saber a respeito das propriedades singulares de numerosas plantas alucinógenas, saber que, nas sociedades arcaicas, sempre se fundamentava na experiência do homem, ligada ao discurso latente do mito” (Santiago, 2001:39).

Nos registros etnológicos, dentre uma série de povos e tribos retratados, observava-se um fator bastante comum: situações em que claramente se processava a ruptura com atividades e atribuições do dia

a dia - trabalho, colheita, pesca - dando lugar à realização de rituais coletivos, em muito valorizados pelo grupo. Direta ou indiretamente, toda a comunidade tomava parte, sendo que novos lugares e papéis eram vividos:

(...) "os indivíduos, sejam homens ou mulheres, não são simplesmente eles próprios, como o são em seu cotidiano, mas indivíduos que estão incorporando, sendo possuídos por deuses, por espíritos. Há uma mudança de papel que certamente é uma das experiências mais poderosas que conhecemos em termos de comparação entre diferentes culturas" (Velho, 1997: 63).

Do ponto de vista antropológico, as práticas ritualísticas são entendidas como fenômenos de crença com grande eficácia simbólica, cumprindo funções relevantes para a história e identidade do grupo. Plásticos e polissêmicos tais fenômenos figuravam como modos de comunicação e transmissão de conhecimento, auxiliando também na resolução de conflitos e diminuição de rivalidades (Velho, 1997).

Nos rituais, segundo propósitos específicos, buscavam-se atingir estados alterados de consciência, mediante associação ou não com o uso de substâncias. Quando ervas e plantas alucinógenas eram utilizadas, procuravam-se deflagrar estados de transe; os quais se caracterizavam pela alteração da percepção corrente do mundo e descontinuidade com o domínio cotidiano da realidade:

“A ação específica de algumas plantas sobre o corpo, concebido, pela etnologia, como primário, está incluída nos mitos e nas práticas rituais, funcionando como casos-limite experimentais e, também, como operadores que marcam a descontinuidade necessária à manipulação de seus mundos de dupla-face” (Santiago, 2001:41).

O diálogo com outras camadas e planos do real, a partir da prática ritual e do auxílio de ervas e beberagens (elementos de complementaridade); compunha a bagagem histórica e cultural de muitas sociedades. A delimitação destes eventos ocorria conforme condições, regras e tradições específicas. Por esta perspectiva, a administração da droga não se destacava de um quadro mais ampliado de referência, ao qual estava referida e condicionada.

Nos dias de hoje ainda podemos identificar uma série de modalidades de uso de substâncias, circunscritos a ocasiões singulares e cerimônias especiais (conservando-se algo da dimensão e eficácia ritual). No entanto, uma acentuada diferença em relação às formas de organização social mencionadas anteriormente reside no fato de que, naquelas, a dimensão “pessoal” da prática da droga estava intimamente ligada ao domínio coletivo e, mais ainda, inscrita na estrutura de linguagem mítica, sendo correlata a ela:

“Com efeito não se trata da droga propriamente dita; é, pois, necessário retificar-se a visão etnocêntrica da prática da droga nas sociedades míticas, conservando-se esta no lugar de um correlato contingente do sujeito xamanizante” (Santiago, 2001:48).

1.2.Drogas e contemporaneidade.

Na sociedade contemporânea, por outro lado, o estatuto da droga e seu alcance sofrem o impacto de outra racionalidade, expressa pela lógica de mercado, alterando sensivelmente o estado de coisas:

“Aquele consumo que era mais localizado em certos grupos culturais, em certas minorias, em certas faixas da sociedade, passa a ser ditado não mais pela lógica dessas tradições ou pela lógica desses grupos, mas pela lógica do mercado, do capital” (Velho, 1997:67).

No que tange às substâncias apartadas do âmbito da legalidade seu valor de mercado tende a agregar um ganho adicional, em função do componente de clandestinidade, disputa, risco e dificuldade na produção e distribuição:

“No momento em que a maconha, a cocaína ou seja lá o que for entram no mercado e passam a ser objeto de especulação, essa situação de relativa estabilidade de grupos inseridos na sociedade complexa moderno-contemporânea- que antes consumiam dentro de certas regras, de certas convenções – se altera, porque passa a ser um bem de mercado, e um bem escasso, ligado à situação de perigo, risco” (Velho, 1997:67).

Afora a incidência do modelo capitalista na questão da droga, há que se considerar a importância das idéias que forneceram os alicerces para o estatuto das relações sociais modernas (incluindo o modo de produção em questão), desde a Renascença. No interior deste mais

recente cenário abriu-se o caminho para a constituição de modos “privados” de consumo:

“A partir da Renascença, as civilizações do Ocidente assistiram à substituição da visão unificada do mundo medieval por outra, muito mais fragmentada, que nos apresenta um mundo em constante mutação, desgarrado do plano divino; um mundo de indivíduos particulares, vivendo experiências particulares, em épocas e lugares particulares” (Kehl, 2002:52-53).

A abertura ao indeterminado e a multiplicidade de destinações possíveis às escolhas e modos de existência, contrastou fortemente com a estabilidade ligada às sociedades tradicionais quando, para o homem, tudo já estava arranjado e decidido antes mesmo de seu nascimento. Esta vertiginosa “virada” acabou deixando marcas; e certamente a mais perturbadora delas foi a vivência de desamparo do sujeito, na modernidade.

Embasados nas concepções Humanistas, valores e ideários redirecionaram o indivíduo a uma posição central diante das coisas do mundo; forjando-o senhor absoluto de seu pensamento e vontade:

“A modernidade é autocentrada no indivíduo. A individualidade é a categoria fundamental que define o ideário da modernidade, sem a qual esta é impensável. Vale dizer, o projeto da modernidade é antropológico e antropocêntrico, justamente porque o homem na qualidade de indivíduo foi alçado à condição primordial de medida de todas as coisas” (Birman, 2006:39).

O domínio sobre o corpo, impulsos, afetos e sensações; e a decisão sobre seus desígnios figuraram como desdobramentos da nova ordem:

(...) "sociedade de indivíduos é o resultado desse processo, iniciado no fim do século XIV e que se completa nas cortes do século XVIII, ao termo do qual cada homem se considera isolado de todos os outros e responsável pelo controle soberano de seu corpo, seus impulsos, desejos e afetos" (Kehl, 2002:61).

Abriu-se, portanto, a perspectiva para uma relação com a droga, segundo expedientes bastante particulares:

"A ótica do uso de drogas hoje é individual; apesar de existirem muitas pessoas que se reúnem em grupos para usar, cada indivíduo faz sua "viagem" (Conte, 2003:35).

Embora ainda possamos testemunhar uma ampla gama de usos possíveis para as drogas (lúdicos, sagrados, terapêuticos, laborativos), relações de consumo de caráter freqüente e intensificado têm se expandido e demandado cuidadosa atenção.

A despeito destas práticas se processarem em nível individual e consoante interesses particulares (condição de possibilidade conquistada e fomentada a partir da modernidade), ainda assim, não há como desconsiderarmos a implicação de certos ideais coletivos atuais na constituição deste fenômeno (também só tornados possíveis com o

advento da burguesia; a exacerbação e rápida circulação do capital; o liberalismo e o tecnicismo moderno).

Consideramos oportuno colocar em questão os discursos e imperativos sociais que colaboram para a constituição de relações intensivas de consumo de drogas. Para isso buscamos, em primeiro lugar, melhor definir o estatuto das mesmas, concebendo-as, em seu bojo, como sintomas sociais (ainda que atravessem o indivíduo, sejam apropriadas por ele e ganhem a partir daí endereçamento específico):

“Não basta que um grande número de indivíduos em uma comunidade seja atingido por algo para que isso se transforme em um sintoma social. É claro que pode haver certo percentual de fóbicos em uma dada população sem que, no entanto, isto faça da fobia um sintoma social. Mas pode-se falar de sintoma social a partir do momento em que a toxicomania¹ é de certo modo inscrita, mesmo que seja nas entrelinhas, de forma não explícita, não articulada como tal, no discurso que é o discurso dominante de uma sociedade em uma dada época. É somente neste sentido que podemos falar de sintoma social”
(Melman, 2000:66).

De acordo com o autor, não seria o registro estritamente estatístico a justificar a pertinência de uma questão enquanto sintoma social, mas se é possível – ou não – encontrá-la “talhada” nas entrelinhas do discurso hegemônico.

Como sintoma social, as relações intensificadas de consumo não podem ser tomadas como fenômenos à parte, alheios à ordem vigente;

¹ O autor, de tradição psicanalítica, se utiliza da terminologia de origem francesa.

pois advêm dos ideais sociais muitas das condições para seu fortalecimento enquanto acontecimento e modo de resposta a eles.

Por esta linha de análise seria ingênuo pensarmos – exclusivamente - na retirada cirúrgica das drogas do “corpo social” uma vez que ele próprio vem fornecer as bases para o recrudescimento do consumo. Neste caso um real enfrentamento da problemática não pode acontecer sem que se problematize a própria lógica dominante, que, enquanto tal, é compartilhada por todos. Mas, afinal, de qual lógica e discurso falamos?

A vida social na qual reinam as condições atuais de produção se anuncia como uma imensa acumulação de mercadorias e espetáculos (Debord, 2003). O imperativo do consumo e a valorização do excesso figuram como medida reguladora da aquisição e usufruto de bens. Consume-se em demasia e de forma impulsiva; e as trocas humanas, enfraquecidas em sua potência afetiva, se rendem ao processo de “coisificação” em que os objetos parecem mediar as relações:

“O Consumismo seria um espaço expansível que se abre entre o ato da produção e do consumo, que passou a ser praticamente o propósito existencial da vida humana em tempos recentes (...)” (Bauman, *op.cit apud* Pedrosa, 2008:488).

“Hoje é moda falar que se é adicto de tal produto ou que tal produto induz à dependência. A própria tecnologia publicitária apresenta com pouca crítica a possibilidade de submissão de dependência aos produtos; aceita-se

passivamente que isso faça parte da vida e que cada vez mais as relações se estabeleçam com os objetos. O acento sobre a relação com os objetos indica uma descrença do que pode retornar das trocas simbólicas entre as pessoas” (Conte, 2003:35).

A busca generalizada do ter (mercadorias) e do parecer orientam as trocas afetivas e os estilos contemporâneos de existência. A posse de bens, associada a índice de poder, define o lugar e a distinção social (status) do indivíduo (Birman, 2006). O ter é o que lhe confere segurança e, mais ainda, reconhecimento social.

Lescher (1998) faz um bem humorado trocadilho quando se refere ao alicerce no qual se assenta a existência moderna: “consumo; logo existo”. A esta ancoragem da existência a partir do ato da compra e do consumo, o mercado prontamente corresponde; ofertando os mais variados objetos e ilimitadas promessas de satisfação. Ideais de felicidade são “corporificados” em mercadorias-produto que podem ser compradas, à vista ou à prestação, sem que se tenha de esperar, deixar de aproveitar o momento ou curtir a vida no “aqui e agora”; de forma a que, querer é poder - ter:

(...) “Na sociedade líquido-moderna, fundamentada na existência de consumidores é preciso haver transformação dos desejos humanos de estabilidade e saciedade. Neste caso a felicidade desvincula-se da idéia de satisfação das necessidades e passa a ser associada a um volume e intensidade de desejos sempre crescentes, o que implica no uso imediato e na rápida substituição dos objetos destinados a satisfazê-la. Novas necessidades

exigem novas mercadorias, que por sua vez exigem novas necessidades e desejos, num movimento semelhante ao *oroborus* mítico onde a serpente engole a própria cauda. Uma metáfora da renovação do ser que se consome e alimenta ao mesmo tempo” (Bauman, *op.cit apud* Pedrosa, 2008:488).

Verificamos uma expressiva atuação de forças econômicas e sociais a operarem no nível oposto ao que outrora – nas sociedades industriais – já foi bastante preconizado: a renúncia aos prazeres imediatos e a busca pela estabilidade. Os propósitos de saciedade e apaziguamento deram lugar à idéia (e ao ideal) de felicidade, atrelada – de forma paradoxal – a perturbadores estados de avidez, inquietude e constante insatisfação; a moverem e alimentarem a perversa engrenagem coletiva.

Não há como não pensar na droga como um produto que se encaixa perfeitamente na lógica voraz. A imagem do ser que devora e consome a si próprio (emblema da “desvitalização” e perda da potência subjetiva) ao utilizar imediata e intensamente o objeto-droga, guarda correspondência com o consumidor que tem suas necessidades e desejos capturados e alienados às leis de mercado e seus incontáveis produtos. Mercado e produtos tendem a ditar um trajeto circular (em que se contorna a própria cauda) que, de forma estéril e repetitiva, culmina sempre no mesmo ponto: mais insatisfação e mais consumo. Os objetos, cada vez menos “saciáveis” (ainda que, pelo próprio movimento do desejo, não possam viabilizar a satisfação plena) em função de seu

progressivo esvaziamento; mais parecem cutucar o buraco da existência. Existência, no entanto, passível de ser “remediada”:

“A cultura farmacológica, colocada em prática, muitas vezes de forma abusiva, se esforça por criar a ilusão que há um “remédio” para cada mal-estar, estando completamente comprometida com a “onda” do consumismo moderno. Nesta vertente as drogas e o álcool passam a ser apenas mais um dos produtos de consumo que prometem a felicidade” (Conte, 2003:34).

A angústia, a dor de viver e o sofrimento – todos inerentes à condição humana e à própria vida – precariamente encontram lugar, sendo alçados à categoria de mal a ser expurgado, em nome da liberdade (liberar-se da dor) e do bem-estar subjetivo:

“Há todo um conjunto de mensagens enviadas por nossa sociedade, cujo teor é: consuma; cresça; faça o que quiser; divirta-se. O próprio funcionamento do sistema econômico, que tornou possíveis essas liberdades sem precedentes, cujas formas mais preciosas, são a mobilidade física e a prosperidade material, exige que as pessoas sejam estimuladas a desafiar os limites. O apetite *tem* de ser imoderado. A ideologia do capitalismo faz com que todos nós nos tornemos peritos em liberdade- na expansão ilimitada das possibilidades. (...) Essa é a origem de boa parte do atual discurso sobre o corpo, reimaginado como o instrumento com o qual se realizam diversos programas de auto-aperfeiçoamento, de *intensificação dos poderes individuais*” (grifo meu) (Sontag, 2007:137).

Não é difícil situar as relações de consumo de drogas como modalidades de resposta aos convites e ideais apresentados:

consumismo exacerbado (“consumo, logo existo”), apelo pela imoderação do apetite e procura obstinada por bem-estar subjetivo.

Pela administração do produto-droga responde-se ainda ao chamado por expansão ilimitada de possibilidades e aperfeiçoamento corporal, com intensificação de poderes e desempenhos individuais.

Tratar as modalidades de consumo de drogas como “aberrações” ou comportamentos, em seu bojo, opostos à ordem vigente implica deixarmos escapar o que estes fenômenos nos revelam em relação aos discursos e práticas que sustentam as relações sociais. E que, portanto, em maior ou menor grau, deixam suas marcas no cotidiano e modos de vida de toda a coletividade (via de regra; não são reconhecidos e, em função deste desconhecimento acabam por se reproduzir de maneira automática).

1.3. O conceito de dependência.

Queremos, sobretudo, nos deter num modo específico de consumo, o qual tem demandado cuidadosa análise; que são as relações intensivas de utilização do crack e suas condições de possibilidade. Estes modos de relação, na literatura biomédica, são designados pelo termo dependência. Preconizado como terminologia corrente, o conceito de dependência preferencialmente vem associado ao complemento, química.

Introduzida em 1964 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em substituição à expressão "addiction", a terminologia pode ser utilizada de forma genérica ou referenciando-se a uma droga específica (por ex, dependência de crack). Ela, por definição, congrega:

"Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, em que o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança uma prioridade muito maior para um determinado indivíduo do que outros comportamentos que outrora tinham maior valor. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo (frequentemente forte; algumas vezes irresistível) de consumir drogas psicoativas (as quais podem ou não ter sido medicamente prescritas), álcool ou tabaco. Pode haver evidência de que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência leva a um reaparecimento mais rápido de outros aspectos da síndrome do que aquele que ocorre com indivíduos não dependentes" (Jungerman & Zanelatto, 2007:2).

Dois elementos ganham destaque na descrição proposta: um de cunho psicológico, referido como vivência de um forte desejo pela substância, alimentado por crenças de controle prejudicado sobre o consumo e comportamentos correspondentes. Já o segundo elemento, fisiológico, estaria subjacente às manifestações descritas.

Consoante à definição exposta tenderíamos a conceber o fenômeno da dependência de drogas (para fazer jus à heterogeneidade das relações intensificadas de consumo, mais condizente seria a utilização do termo no plural, "dependências") como resultante do

impacto de uma determinada substância (com propriedades farmacológicas específicas) sobre o indivíduo (entendido como corpo fisiológico dotado de estrutura psíquica regida sobre o primado da consciência), o qual padeceria das conseqüências da interação.

Não raro, porém, encontramos outras referências, de mesma tradição biomédica, que ressaltam a complexidade do campo da dependência de drogas e o inter-relacionam a fatores não somente biopsíquicos mas sócio-culturais. O elemento social (incluindo cultural) vem, portanto, redimensionar a compreensão da questão para além do binômio, droga-indivíduo (Edwards 1995, Mossiman, 2000).

A concepção de dependência como fenômeno de caráter biopsicossocial convida (mas não garante) a que não se incorra em determinismos e mecanismos explicativos causais. Embora na prática não seja raro verificarmos a atribuição de ênfase a um determinado fator, isoladamente.

1.4.Delimitação do objeto de estudo.

“Um aspecto crucial do impasse de toda abordagem analítica do fenômeno da droga consiste no enraizamento de uma noção da droga no saber, absolutamente determinada pelo discurso da ciência. A droga, com a ciência, tornou-se um *tóxico*. Hoje, a compreensão de todo o fenômeno que a envolve exige a prévia identificação da natureza tóxica de seus componentes”
(Santiago, 2001:18).

Partimos do pressuposto de que droga não é “um mal em si”, estando invariavelmente condicionada à finalidade e significação a que está investida por quem a utiliza (Conte, 2003). Entendemos, ainda, que há uma interação dinâmica no entrecruzamento da droga, indivíduo e o contexto sócio-cultural em que ele participa.

Quanto ao crack², objeto de nosso estudo; não trataremos de qualquer consumo no qual ele toma parte, e sim de um tipo intensificado de relação com a droga (dependência) – comportando aspectos subjetivos, familiares, orgânicos, farmacológicos, sociais, econômicos e culturais - que acompanha uma transformação da “existência de modo radical, alterando as relações do indivíduo consigo, com os outros e com a vida” (Pacheco Filho, 1999).

Mas, sobretudo em relação ao crack, parece-nos bastante oportuno acrescentarmos um ponto relevante. A necessidade de colocarmos em questão a retórica em torno da droga, que continuamente é produzida e reproduzida, lançando adesivas teias no imaginário coletivo e no tratamento da questão (realidade concreta).

“No campo analítico, qualquer estudo do problema do uso da droga deve começar pelo fato de que planta, raiz, até mesmo tal substância produzida pela análise ou pela síntese química são, enquanto tais, passíveis do empreendimento da linguagem e, conseqüentemente, suscetíveis de diferentes modalidades de efeitos de sentido, no plano do saber” (Santiago, 2001:20).

² Poderíamos nos deter um pouco sobre o emprego da expressão “crack”; interrogando-nos se não se trataria de uma abstração; uma vez que não há como considerarmos uma droga em estado bruto; “por si só”; dotada de existência absoluta, independentemente de sua rede de relações e sentidos.

1.5.A retórica do crack: astúcias do discurso.

Ao longo dos anos construiu-se uma retórica vigorosa e resistente sobre o "crack". Retórica entendida não como simples expressão da fala, mas prática de discurso, a produzir efeitos concretos (posicionamentos e ações), de acordo com determinados modos de enunciação. Para Santiago (2001), "não há noção de droga que não seja relativa ao contexto discursivo no qual ela se enuncia".

Em dois ensaios reunidos, Susan Sontag (2007) empreende uma análise crítica de certas condições clínicas que, para além da etiologia biológica e sintomatologia orgânica, foram apropriadas e investidas do que ela mesma descreve como "ornamentos da metáfora". A autora procura desvelar e fazer erodir os significados morais e políticos atribuídos a duas doenças centrais: o câncer e a AIDS.

Embora o presente trabalho não se ocupe das condições clínicas citadas, a crítica é profícua e adequada a que se interroguem os discursos e significados que se constituíram em torno do consumo/usuário de crack, designando o lugar (por excelência) a partir do qual a questão deve ser vista, pensada e falada. A pertinência de interlocução com as idéias de Sontag encontra apoio nas aderentes metáforas que proliferam a respeito desta substância -"chaga", "droga que mata", "horror", "flagelo", "calamidade"- entre amplos setores da

sociedade. Não está em jogo, aqui, tomarmos ou não as relações de uso de crack como doença. O diálogo que pretendemos propor é com a necessidade de desvendar os sentidos morais que vem sendo construídos para a droga, e suas implicações éticas.

Sontag (2007) nos convida a refletir sobre o teor de evocações que estabelecem reiteradas associações entre certas condições clínicas e potenciais riscos de mortalidade³. Apresentar tais condições como “predadoras invencíveis e malignas” ou verdadeiras sentenças de morte (incluí-se aqui a campanha “crack mata”) vai muito além do excesso de zelo. O direcionamento da problemática a partir desta tonalidade de discurso traz sérias implicações práticas, na medida em que fornece autorização (ou a justificativa) para a adoção de condutas contundentes e pouco criteriosas (quase indiscerníveis do controle e da tutela), conquanto disfarçadas de roupagem protetora (proteger da droga). As propostas de internação compulsória “em série” ganham força a partir desta vertente discursiva, e tendem a encontrar apoio no medo que advém do estabelecimento desse tipo de associação.

O desinvestimento na oferta de cuidados, assim como o descrédito no usuário (“não tem jeito mesmo”, “não há mais nada a fazer”),

³ “A existência do elemento tóxico nos venenos naturais ou artificiais, frequentemente mortais não é suficiente para definir a droga” (Santiago, 2001:20). Para o autor, a assimilação unilateral da droga a um fator tóxico supõe uma equivocada redução e restrição de seu campo de sentido. Por outro lado, a apropriação desse fragmento da realidade resulta na imposição de um absoluto quando da pretensão científica de definição da droga.

também figuram como efeitos possíveis do discurso apontado; interferindo na condução do trabalho por parte das equipes de atenção.

Há ainda um tipo insidioso de retórica, presente em campanhas “preventivas” e discussões sobre o crack, que transforma a droga no atestado de um suposto descaminho e “bancarrota” social. O pavor produzido por seu reiterado emprego (como um aviso do que pode acontecer a quem se aproximar dela) tende a provocar uma espécie de embrutecimento da consciência, capturando e restringindo o exercício do pensamento crítico; e mobilizando as forças na direção de uma espécie de “contemplação estóica da catástrofe”:

“A vontade de fazer previsões pessimistas reflete a necessidade de dominar o medo do que é considerado incontrolável. Exprime também uma cumplicidade imaginativa com o desastre. A sensação de mal-estar ou fracasso cultural dá origem à vontade de começar do zero, de fazer tabula rasa” (Sontag, 2007:145).

Interessante pensarmos na máxima “sociedade sem drogas” ou “mundo livre de drogas”, como vontade mágica de recomeço; de reencontro e retomada do “idílio” social perdido (“quando tudo funcionava bem”). Exprime também uma tentativa de controle do estado de coisas que se supõe desgovernado e, portanto muito além do que se pode encaminhar, no sentido da construção de caminhos possíveis.

A concepção da catástrofe e do desgoverno, por sua vez, harmoniza-se (e tende a dar legitimidade) com a eleição de uma causa e um inimigo a ser supostamente combatido:

“Nem todas as metáforas aplicadas às doenças e seus tratamentos são igualmente ofensivas e deformantes. A metáfora que estou interessada em aposentar, mais ainda depois do surgimento da AIDS, é a *metáfora militar*. (...) Mas o efeito das imagens militares sobre a conceituação da doença e da saúde está longe de ser irrelevante. *Elas provocam uma mobilização excessiva, uma representação exagerada, e dão uma contribuição de peso para o processo de excomunhão e estigmatização do doente*” (Sontag, 2007:150)

“A idéia de medicina “total” é tão indesejável quanto de guerra “total”. (...) O corpo não é um campo de batalha. Os doentes não são baixas inevitáveis, nem tampouco são inimigos. Nós – a medicina, a sociedade – *não estamos autorizados a combater por todo e qualquer meio...* (Sontag, 2007:151)”

As metáforas militares se fazem presentes, de modo geral, nas concepções cultivadas pela injunção “guerra às drogas” e de forma específica, nas condutas sugeridas para o “combate” ao crack. Estas últimas, por vezes, se sustentam em modelos de pensamento, ação e decisão unilaterais – como, por exemplo, as iniciativas levadas a cabo na cracolândia paulistana - que desconsideram as experiências (válidas) de outros e carecem de escuta dos agentes sociais (profissionais, usuários, familiares e colaterais) envolvidos na questão. Apóiam-se na lógica imediatista do resultado e se socorrem em “receitas” pré-

definidas, aplicáveis “à baciada”, descartando as singularidades e a necessidade de intervenções “sob medida”.

É inegável que o crack enquanto fenômeno merece e deve ser tratado com a seriedade que ele comporta. Mas profetizá-lo pela via da ameaça (para além dos riscos prováveis) é incitar o medo e medo distancia; é fomentar preconceito ao usuário, potencializando marginalização e exclusão, enquanto o propósito de tratamento da questão reside no seu oposto, ou seja, em estratégias de aproximação e circulação de experiências e saberes:

“Não se pretende dizer com isso que o seu uso (*referindo-se ao crack*) seja inofensivo ou isento de riscos, mas a imagem devastadora veiculada reforça a marginalização aumentando ainda mais a distância entre os usuários e os não usuários; sendo, os segundos, elo importantíssimo em uma perspectiva de inclusão sem a qual não se conseguirá minimizar os efeitos danosos de sua utilização” (Silva, 2000:30).

Importante tomarmos o tema “crack” como aquilo que diz respeito a cada um de nós (em latim *res publica*, a coisa pública); ou seja, que vai ao cerne da coletividade e a todos implica (quer se queira ou não). No entanto o compromisso com esta relevante questão pública necessita fundamentar-se no exercício da reflexão crítica, na problematização dos interesses em jogo e da “disputa pela retórica do crack”; a qual restringe e dificulta a consideração do fenômeno a partir de outros referenciais e potencialidades.

É necessário, ainda, o acesso a informações e discussões qualificadas. O que, do ponto de vista da mídia, nos aponta outro problema, já que a relação com a notícia se faz, cada vez mais, a partir de outras alianças, dificultando que nos orientemos com base na justeza da questão da droga:

“Não é mais suficiente que os acontecimentos sejam por si só explosivos, confeccionados de forma chamativa, ou que tenham as manchetes gritadas como nas edições extras de outrora; o meio audiovisual necessita mobilizar todas as forças específicas de seu gênero e ministrar a notícia com toda a violência de uma injeção multissensorial, de forma que atinja o ponto que almeja: o aparato sensorial ultrassaturado dos contemporâneos”.

(...) “E o que é mais notável é que, justamente a alta pressão noticiosa do presente, que quase automaticamente associa “sensação” a “causar uma sensação”, não apenas se sobrepõe ao sentido fisiológico antigo de sensação, mas também o movimenta de uma nova maneira. Ou seja, se tudo o que *não* está em condições de causar uma sensação tende a desaparecer sob o fluxo de informações, praticamente não sendo mais percebido, então isso quer dizer inversamente, que o rumo vai na direção de que apenas o que causa uma sensação é percebido. A percepção do que causa uma sensação converte-se na percepção *tout court*, o caso extremo da percepção em instância normal”
(Türcke, 2010:19-20).

Para o autor, o receptor da informação é continuamente afetado pela violenta e impactante estimulação sensorial - tal qual a ação e efeito de uma droga - que acompanha a notícia, ou já é parte indiscernível dela.

Se por um lado, a resposta à retumbante isca noticiosa é imediata, por outro a atenção não se sustenta, tendo em vista o excesso de estímulos e o estado de hiper saturação perceptiva. Uma espécie de anestesia parece se estabelecer como nível basal até que uma nova “vibração” seja transmitida. A dimensão reflexiva da experiência é subtraída e subsumida pela informação “adrenada” que visa insistentemente capturar os sentidos.

O consumidor da notícia é hoje um usuário de intensas sensações; fissurado por uma nova “bomba”; ou um tremendo “escândalo”. O crack tem se apresentado como mais um poderoso estimulante a atizar a percepção/causar sensação em seu público-consumidor. Isto certamente nos coloca o desafio de cuidadosa “depuração” e discernimento dos exacerbantes efeitos de enunciação engendrados para o crack.

II

Nesta segunda parte, os tópicos traçados se destinam a registrar níveis de consumo de crack no cenário externo e interno, além de caracterizar aspectos da cultura da droga. Por fim, é apresentado o desenho de estudo e a linha de pesquisa da qual partiu o presente trabalho.

1.6. Atualizações do mercado produtor e consumidor de cocaína.

Estima-se que a prevalência de consumo de cocaína em âmbito mundial atinja aproximadamente de 15 a 19 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos.¹ Embora a Colômbia ainda se mantenha como maior produtora da droga, em 2004 ela contribuía com 63% de toda produção, ao passo que em 2009 este percentual decaiu para 48%. Por outro lado, o Peru (segundo maior produtor de cocaína) aumentou sua participação nos níveis de produção global de 27% para 39%, no mesmo período (UNODC, 2010).

1.7. Outra versão da cocaína: especificidades bioquímicas do crack.

A cocaína é um alcalóide extraído das folhas da planta de coca (*Erythroxylon Coca*) cujo cultivo foi realizado, em primeira instância, no Peru e Bolívia. As etapas para produção do pó de cocaína se iniciam pelas folhas que são rapidamente secadas ao sol, depois moídas, prensadas com ácido sulfúrico, querosene ou gasolina e, por fim, comprimidas até formarem uma massa altamente concentrada denominada pasta-base. Esta última sofre um minucioso processo de refino (lavagem com éter, ácido hidrocloreto, acetona) para redundar na cocaína em pó (branco e cristalino); passível de ser aspirada, ingerida ou dissolvida em água para uso injetável (Carvalho & Seibel, 2009).

O crack, por sua vez, deriva da própria cocaína na sua forma fumada. Ele pode ser obtido a partir do pó (processo mais caseiro) ou, o que é mais usual, por intermédio da pasta-base, produzido, por tratamento químico, em larga escala, por traficantes. A preparação resultante (pedra), sendo volátil, pode ser fumada e, deste modo eficientemente absorvida pelas vias pulmonares, de onde se explica sua alta potência (Domanico, 2006; Escohotado, 1995).

O crack demora apenas alguns segundos para fazer efeito, mas sua duração é limitada (por volta de 5 a 10 minutos), o que requer que a droga seja continuamente administrada. Estas características contribuem para que os episódios de consumo evoluam em menor tempo para crescentes padrões de dependência (Ferri e col., 1997).

A droga produz intensa sensação de prazer, euforia, autoconfiança e poder, além de reduzir a necessidade de sono e alimentação. O término do efeito geralmente é acompanhado por disforia, forte fissura (vontade extremada de utilizar o crack) e, com o passar do tempo, acentuada perda de peso e poucos cuidados, tanto com a aparência física, quanto higiene pessoal (Nappo e col., 2004).

Não é raro que o usuário sinta-se, sob o efeito da substância e em função da cronicidade do consumo, ansioso, agitado, com medo, tenha alucinações e ideação paranóica (sensação de estar sob acirrada vigilância ou prestes a ser capturado). Dentre as alterações fisiológicas destacam-se constrição dos vasos sanguíneos, pupilas dilatadas,

taquicardia, aumento da pressão arterial e da temperatura corporal. As complicações associadas à freqüente utilização da droga incluem queimaduras (dedos, boca, nariz, garganta), fissuras nos lábios, problemas infecciosos (Hepatites e HIV), respiratórios (tuberculose), cardíacos (alteração do ritmo e infarto), neurológicos (derrames, convulsões), gástricos (dores abdominais, náuseas) e mentais (ansiedade, depressão, psicose) (NIDA, 2009; Haasen e col., 2005; Dackis & O'Brien, 2001).

1.8. Insumos e compartilhamento: danos e minimização.

O crack propicia formas variadas de utilização. Uma delas se dá a partir da confecção de cigarros nos quais pequenos fragmentos da substância são misturados ao tabaco (pitolho) ou à maconha (mesclado). Mas também é possível fumar apenas a pedra, alocando-a (sobre cinzas de cigarro) em cachimbos prontos ou improvisados, copos de água descartáveis, embalagens de Yakult, pedaços de isqueiro ou latas de cerveja e refrigerantes. O uso da lata é bastante prejudicial em virtude da presença de agentes infecciosos, quando da retirada do lixo ou das ruas (Domanico, 2006); além da excessiva toxicidade e exposição ao alumínio que se desprende com o calor da combustão, e é absorvido pelo organismo (Pechansky e col., 2007).

Os cachimbos podem ser confeccionados a partir de materiais diversificados, conforme as necessidades, hábitos e preferências dos diferentes grupos de usuários: metal, vidro, madeira, PVC, bambu, etc. A utilização do cachimbo não é unanimidade e acaba por ser descartada em função de certos inconvenientes: tamanho inadequado, dificuldade de transporte, risco de apreensão por parte da polícia. Alguns não são desmontáveis ou não permitem que se aproveite a borra que se acumula ao final do processo de combustão; e que é muito apreciada (Domanico, 2006). Protetores labiais e piteiras de silicone constituem instrumentos de minimização dos danos e riscos do consumo, sendo que os primeiros protegem contra desidratação, rachaduras e queimaduras auxiliando, inclusive, na cicatrização. Já as piteiras de silicone permitem que um mesmo cachimbo seja compartilhado, contanto que as mesmas se conservem como material de uso individual (são práticas de guardar e transportar). Filtros para os cachimbos também vêm sendo testados como “barragem” às partículas sólidas absorvidas, quando do uso de crack (provocando problemas respiratórios). O compartilhamento de cachimbos pode aumentar vulnerabilidades para quadros como tuberculose, herpes e hepatites.

1.9. Breve apanhado do cenário mundial: primeiros registros do crack e trilhas de consumo.

Nos Estados Unidos o uso de crack se desenvolveu a partir da segunda metade dos anos 80 impulsionado, não só pelas crescentes dificuldades de se obter cocaína aspirada de qualidade e a baixo custo (Haasen e col., 2004); como também pela alta lucratividade do comércio. Comércio gerenciado por gangues de rua que impunham seus domínios através da força, buscando garantir direitos de propriedade sobre a compra e venda, e prevenir a propagação de “maus pagadores” (Fryer e col., 2005).

Inicialmente o crack era encontrado em cidades como Nova York, Los Angeles e Miami; depois migrando para outras localidades. Entre 1995 e 2000 quatro estados americanos detiveram os maiores índices de prevalência da droga: Maryland, Nova York, Novo México e Nova Jersey.

Documenta-se que seu apogeu se originou em 1989 e estendeu-se até 1993, a partir de quando o consumo ainda se manteve em níveis elevados (Fryer e col., 2005). Contudo, mais recentemente, o que se verifica no país, nos últimos dois anos, é a redução do uso de cocaína aspirada (0.8% último mês) assim como de sua forma fumada. Em 2008 houve prevalência de utilização de crack, no último mês, de 0.1%.

Índice menor que 2007 quando se acusava proporção de 0.2% de usuários (NSDUH, 2008; UNODC, 2009).

A despeito da tendência de diminuição dos níveis de consumo, pesquisadores alertam para os riscos de sub-representação dos dados, no que tange ao crack e seus impactos entre classes socialmente desfavorecidas; e que integram o grande público consumidor da droga nos EUA. Mais especificamente hispânicos e prioritariamente, membros da comunidade negra (Cornish & O' Brien, 1996).

Na Europa, região em que se atesta atual estabilização do consumo de cocaína (UNODC, 2009), o crack não pareceu partilhar do "boom" ocorrido nos Estados Unidos; e sua penetração se restringiu a um número bem mais limitado de cidades e países. Uma curiosa singularidade quanto à sua forma de administração tem origem européia, qual seja, a forma injetável, via de regra, associada à heroína.

No Reino Unido (maior mercado consumidor de cocaína da Europa), embora tenha sido a partir do ano 2000 que se verificou incremento das apreensões de crack pela polícia (Corkery & Airs, 2003), e elevada proporção de usuários em tratamento relatando uso da substância (Hope e col., 2005); as informações de consumo já datavam de 1992. Atualmente, as maiores prevalências em relação a grupos específicos ocorrem entre mulheres profissionais do sexo (Green e col., 2000); freqüentadores do sistema prisional e, em termos raciais, entre

os negros (“Black British” e “Black Caribbean”) (Gossop e col., 1994; Donmall, 1995).

Em Frankfurt (Alemanha) a porcentagem de usuários de crack quadruplicou entre 1994 e 1996. Um levantamento nacional datado de 2001 registrou que 43% dos que buscaram tratamento para uso primário de opióides, também faziam uso de crack (Haasen e col., 2004; Verthein e col., 2001). Entre 2000 e 2003 o consumo da droga em contexto de rua (avaliado nas últimas 24 horas), subiu de 22% para 71%, na cidade de Hamburgo (Verthein e col., 2001).

Na Holanda a região de Amsterdã tem documentado crescente dominância do crack, não só entre dependentes de heroína, como também, entre jovens usuários marginalizados e população geral (Buster e col., 2009; Brunt e col., 2009). Já em território espanhol, houve primeira apreensão policial de crack em 1988, sendo que seu consumo se expandiu por cidades como Sevilha (principalmente), Madri e Barcelona (Barrio e col., 1998). Nestas localidades o crack associava-se ao uso primário de opióides. Atualmente crescem os relatos de consumo entre grupos de jovens, e entre os que têm se apresentado para tratamento. Finalmente, na França o crack foi notificado pela primeira vez em 1987, e em 1993 documentou-se forte expansão da substância nas ruas de Paris (Ingold & Toussirt, 1994).

Na Austrália, entre 1996 e 2000, em levantamento realizado para se detectar consumo de cocaína; a despeito do achado de aumento da

disponibilidade desta substância, seu uso se deu na forma injetável e aspirada, freqüentemente entre usuários de heroína. Não foi reportado, ao longo do período, consumo de crack (Darke e col., 2002).

Voltando às Américas, no Canadá o crack acusa alta prevalência entre usuários de rua. Em pesquisa envolvendo consumidores de drogas injetáveis observou-se que 52.2% haviam fumado crack nos últimos seis meses. Especificamente em Toronto, 78.7% dos usuários locais relataram ter usado crack (Fischer e col., 2006). Já em Vancouver, numa ampla coorte consumidora de drogas injetáveis, o uso de crack aumentou de 35% para 55%, entre 1998 e 2000 (Buxton, 2003) .

Na América do Sul há uma grande dificuldade de se encontrarem estudos que documentem uso de crack; restringindo a mensuração adequada do desenvolvimento do consumo. Existem limitadas menções à substância em países como Chile, Bolívia, Peru e Argentina (Santis e col., 2007; Inchaurreaga, 2003). Por outro lado, informações oficiais relativas ao consumo de cocaína (sem discriminação de via de uso) dão conta de aumento da prevalência na Venezuela, Equador, Argentina, Chile e Uruguai (UNODC, 2010).

1.10. A chegada do crack ao Brasil e os níveis de consumo.

A partir do final dos anos 80 e início dos anos 90 os primeiros registros de utilização e apreensão do crack, no Brasil, tiveram como pano de fundo a cidade de São Paulo (Nappo e col., 1994; Inciardi, 1993; Dunn & Laranjeira, 1999; Oliveira & Nappo, 2008). A droga, inicialmente teria sido introduzida na periferia do município, no ano de 1988, mais especificamente, em bairros da região leste; e depois se espalhou para outras localidades (Uchôa, 1996).

Em um dos pioneiros estudos, que objetivou retratar as mudanças realizadas nas formas de administração de cocaína, ao longo de um extenso período; verificou-se que a porcentagem dos que fumavam crack cresceu de 5%, no final dos anos 80, para 65% entre 1995-97 (Ferri & Gossop, 1999).

Além disso, conforme verificado em outras cidades do mundo, o aumento dos níveis de utilização da droga foi acusado pelo montante de usuários de crack, que passaram a se apresentar para tratamento. Segundo levantamento realizado em dois serviços públicos especializados do município, entre 1990 e 1993, quase quadruplicou o percentual de indivíduos que relataram utilização da substância (Dunn e col., 1996). Na direção contrária, e certamente alimentando o contexto anterior, os níveis de consumo de cocaína endovenosa ("baque") decaíram (Dunn & Laranjeira, 1999). O progressivo abandono da via

injetável ocorreu por conta de uma percepção de risco, envolvendo esta prática e o contágio do HIV. A migração para o crack parecia ser mais segura contra a transmissão do vírus (o que adiante se provou um equívoco); e ainda com a vantagem de se conservar a potência do efeito (Dunn & Ferri, 1998).

Mas a popularização da “pedra” se assentou – primordialmente – em ardilosas iniciativas de mercado, que fartamente a disponibilizaram, a valores reduzidos (embora o uso desenfreado onere o preço final). Em muitos pontos de venda seu consumo foi otimizado por uma tática de interrupção do fornecimento de outras substâncias, tornando o crack “peça única” ou produto complementar e obrigatório, quando da aquisição de outras substâncias (Nappo e col., 1996; Dunn & Ferri, 1998; Oliveira & Nappo, 2008). Vale mencionar que nos primeiros anos de chegada à cidade de São Paulo, não era raro que usuários tivessem de se familiarizar com seus, até então, desconhecidos e intensificados efeitos. Vários deles aprenderam, com os próprios traficantes ou companheiros de uso, a realizar a conversão caseira do pó de cocaína para a forma fumável de crack. Diluíam-se pequenas quantidades de pó em água e adicionava-se bicarbonato de sódio (ou amoníaco). Esta mistura era aquecida, resultando em textura oleosa que, após esfriamento, tornava-se uma “película fumável de crack”, chamada de casca (Domanico, 2006).

1.11. Epidemiologia.

Apesar do último relatório anual das Nações Unidas (UNODC, 2010) ter acusado incremento do consumo brasileiro de cocaína, não são feitas discriminações em relação às vias de administração. Quanto aos registros oficiais do uso específico de crack dispomos de dois levantamentos domiciliares (Carlini e col., 2002; 2007); um, reunindo dados de 107 cidades com mais de 200.000 habitantes, cujas notificações dão conta de 0.4% de uso na vida. A maior prevalência foi encontrada para homens jovens (1.2%) entre 25 e 34 anos; seguida de 0.9% também entre o gênero masculino mas, agora, na faixa etária de 18 a 24 anos. O segundo levantamento domiciliar envolveu entrevistados entre 12 e 65 anos, e registrou 0.7% de uso na vida para crack. A região sul apresentou 1.1% de uso na vida; seguida da sudeste (0.9%). O mais alto percentual foi encontrado, mais uma vez, entre homens de 25 a 34 anos (3.2%). Houve ainda, do primeiro para o segundo levantamento, aumento do consumo entre mulheres.

Outra pesquisa incluindo 27 capitais brasileiras, detalhando consumo entre crianças e adolescentes em situação de rua, fez alusão a uso freqüente de crack na maioria das localidades investigadas. São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória foram cidades com maiores índices de utilização da droga, variando a porcentagem entre 15% e 26%. Para esta população, o crack esteve disponível e seu uso em ascensão, entre

1989-1993, em São Paulo; entre 1993-1997, em Porto Alegre; entre 1997-2003, no Rio de Janeiro e após 2000, em Fortaleza e Recife (Noto e col., 2003). Por último, fontes recentes do Ministério da Saúde dão conta de aproximadamente 600 mil usuários de crack no país (Brasil, 2010). Segundo informe da polícia federal 70% da cocaína apreendida em território brasileiro se destinaria à produção de crack.

São poucos os indicadores oficiais e portanto os elementos que dispomos para dimensionar a magnitude da questão envolvendo o crack, em termos de alcance e especificidades. Vale destacar que no Brasil não existe tradição em planejamento e execução de levantamentos regulares para uso de drogas. A dificuldade aumenta quando se tratam de substâncias cujo uso agrega um componente de marginalização e ilegalidade (Moraes, 2008).

Restam estudos e registros isolados, que no caso especial do consumo de crack são ainda mais incipientes e pouco divulgados. Neste sentido, as bases para delineamento de políticas e intervenções direcionadas ao problema, praticamente inexistem, enfraquecendo e comprometendo a representatividade e adequação das medidas adotadas. Portanto, sugere-se que se criem condições para realização de mapeamentos abrangentes e interdisciplinares; direcionados ao reconhecimento das particularidades dos grupos e campo em questão; de maneira a subsidiar práticas criticamente orientadas.

1.12. Aspectos do perfil do usuário.

Na literatura nacional encontram-se descritas uma série de características, que auxiliam na composição de um quadro geral de referência, do perfil do usuário de crack: predominantemente do sexo masculino, adulto jovem (entre 20 e 30 anos), solteiro, inserido no mercado informal de trabalho ou em situação de desemprego.

Verifica-se baixa escolaridade (ensino fundamental ou menos) e modesta condição sócio-econômica. Para a maioria, o crack não constitui primeira substância de consumo, embora a seqüência de drogas até que se chegue ao crack tenha decrescido, dentre os mais jovens (Sanchez & Nappo, 2002). Outra característica bastante presente é o uso de múltiplas substâncias (lícitas e ilícitas). Como a dependência de crack tende a se instalar rapidamente, usuários da droga que buscam tratamento; o fazem mais precocemente do que dependentes de cocaína aspirada. Registram-se algumas vulnerabilidades, como engajamento em comportamento de risco (sexual e compartilhamento de insumos) e envolvimento em delitos, de maneira a subsidiar o uso continuado e freqüente (Sanchez & Nappo, 2002; Guindalini e col., 2006; Azevedo e col., 2007; Oliveira & Nappo, 2008; Carvalho & Seibel, 2009; Zeni & Araújo, 2009; Guimarães e col., 2008).

Atualmente, com a disseminação do crack, especula-se a respeito da presença de padrões intensificados de consumo também entre

indivíduos de classes sociais abastadas, baseado no perfil dos que tem se apresentado para tratamento.

Outra tendência pouco explorada é a das práticas de consumo de crack entre mulheres, por vezes ocultadas, em função do estigma e das fortes exigências sociais. Ainda assim, por volta do ano 2000, as caracterizações da cultura do crack foram incluindo as vicissitudes do contexto de uso, por parte do gênero feminino (Nappo e col., 2004; Nunes e col., 2007; Passos e col., 2007; Silva, 2000; Malta e col., 2008; Von Diemen e col., 2010; Pechansky e col., 2007).

Em termos gerais, elas podem apresentar baixo poder aquisitivo; precária formação escolar (ensino fundamental incompleto); pouca idade (abaixo de 30 anos); má remuneração ou desemprego; e dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Consideradas “boas pagadoras”, não costumam contrair dívida de droga. Como uma das formas possíveis (mas não a única) de manterem o consumo; podem recorrer a práticas de troca de sexo por dinheiro ou crack (“se trocar por pedra”). Quanto à vulnerabilidade, há o uso inconsistente de preservativo (enfraquecidas em seu poder de viabilizar cuidados ao corpo e à saúde; seja pela fissura da droga; ou por se submeterem às preferências e imposições de parceiros, clientes, cafetões, colegas de uso). Desta maneira estão suscetíveis a HIV, sífilis, gonorréia, hepatites e tuberculose, além de outros.

Constantes exposições a situações de violência (agressões verbais, físicas e sexuais) são foco de grande preocupação. Silva (2000) descreve o cotidiano de mulheres usuárias de crack, da região da cracolândia, em São Paulo. A autora refere o tom de naturalidade com que elas próprias relatam os abusos perpetrados por policiais, clientes, traficantes, maridos e/ou cafetões. Estupros, surras, tentativas de homicídios não são alvo de denúncia e cuidados médicos; uma vez que as mesmas não se sentem capazes (tampouco legitimadas socialmente) de fazer frente às violações sofridas.

Outro fenômeno revelador relatado por Silva (2000) é a adoção, entre uma pequena parcela dessas mulheres, de indumentárias, trejeitos e aparência masculinizada (descartando-se a questão da orientação sexual). Trata-se, mais especificamente, da busca por viabilizar o trânsito e a sobrevivência em um universo - circuito da rua e das relações ilícitas de consumo - onde prevalece a lei do mais forte; o que sabe se impor; o "valente". Além disso, a aparência masculina comparece como forma (precária) de proteção contra pesadas ameaças a que estão sujeitas, dentre elas o abuso sexual.

Para finalizar esta seção é necessário destacar que o universo dos usuários de crack é múltiplo e complexo (Rameh-de-Albuquerque, 2008). Neste sentido, a expressão "perfil do usuário" (útil aos propósitos de categorização e generalização) apresenta-se mais como uma abstração, não fazendo jus à diversidade de possibilidades e de

agenciamentos (subjetivos, familiares, culturais, sociais) que este consumo comporta e, tampouco captando nuances da ordem das singularidades.

É importante lembrar que nos perfis, ao cumprir-se a tarefa de apresentação de um quadro genérico de referência; fenômenos cujas condições de surgimento (“proveniências”) são históricas e sociais, acabam sendo descritos como se fossem meros atributos individuais (“desempregado”, “não escolarizado”, “pobre”).

1.13. Dependência de crack e estudos longitudinais.

Os estudos longitudinais permitem retratar, em diferentes momentos, eventos e situações relacionadas ao curso de vida de um mesmo grupo de indivíduos, reunidos em virtude de uma característica (ou mais de uma) em comum.

Este tipo de desenho de pesquisa não é inédito no campo da dependência de substâncias. Mas os desdobramentos das relações de consumo de crack, ainda têm sido foco de mapeamentos recentes na literatura internacional, principalmente os de longo prazo. No Brasil, não há registro de estudos longitudinais entre dependentes de crack.

Estamos, portanto, contribuindo – de forma inaugural – para o entendimento de aspectos do fenômeno e figurando como ponto de partida para novas investigações.

1.14. Primeiro estudo longitudinal brasileiro: 03 momentos de acompanhamento da mesma coorte.

A partir do início dos anos 90 – coincidindo com a entrada do crack na cidade de São Paulo – implementou-se uma linha de investigação inédita no país com vistas a mapear os destinos de 131 dependentes da droga, previamente internados (1992-1994) para tratamento (procura espontânea), em um serviço público do Município (Hospital Geral de Taipas). As avaliações foram realizadas em 02 (1995-1996) e 05 (1998-1999) anos após a alta. O presente trabalho é herdeiro e parte integrante desta linha de investigação em seu terceiro momento: um follow-up de 12 (2005-2006) anos pós-alta de episódio de internação.

Um terceiro “follow-up” permitiu que os procedimentos e parâmetros investigativos fossem aperfeiçoados e enriquecidos; que se estendesse o tempo de acompanhamento, de forma a captar os processos que se desenrolam em longo prazo; e, por fim, que se apostasse na relação de proximidade do pesquisador com os integrantes do estudo e seus familiares.

1.15. Objetivos do terceiro "follow-up".

-Apresentar linha de pesquisa inédita no país que contou com sucessivas avaliações de um mesmo grupo de indivíduos (coorte), em intervalos espaçados de tempo.

-Descrever a evolução e mobilidade da coorte ao longo do tempo e os principais desfechos em 02, 05 e 12 anos.

-Avaliar o contexto, as causas de morte e os fatores relacionados ao aumento dos riscos de mortalidade, em longo prazo.

-Investigar situações e eventos relacionados à trajetória de vida dos participantes do estudo, e compará-los com padrões de consumo e abstinência de crack (no ano anterior à entrevista).

-Apresentar histórico dos processos de consumo de crack e as associações com outras drogas, lícitas e ilícitas.

-Explorar diferentes trajetórias de consumo de crack, em longo prazo; e fatores interferentes.

-Abordar e interrogar concepções hegemônicas atuantes no campo em questão.

2. Materiais e Métodos.

2.1.Desenho do estudo.

Trata-se de um estudo longitudinal (Fletcher e col., 1996), reunindo indivíduos dependentes de crack (coorte). O termo coorte alude a um grupo de pessoas, com uma ou mais características em comum, acompanhadas por determinado período de tempo. Principais desfechos e desdobramentos de situações e eventos, a partir desta metodologia, podem ser melhor investigados.

Para o desfecho relativo à ocorrência de mortalidade, utilizou-se uma "montagem" ambidirecional que contempla as categorias de coorte e caso-controle (ajuste e comparação com as taxas da população geral).

2.2.Participantes.

A coorte foi identificada e reunida a partir do registro de admissões da Unidade de Desintoxicação de Álcool e Drogas do Hospital Geral de Taipas (HGT); e selecionada de maneira consecutiva, desde a data de inauguração da Unidade, em 26 de maio de 92 até 31 de dezembro de 94; conforme preenchessem critério diagnóstico específico para dependência de crack (DSM-IV).

O diagnóstico foi estabelecido por meio de entrevista clínica com a equipe de psiquiatras responsáveis pelas internações. No total, 131 indivíduos ingressaram no estudo.

2.3.Hospital Geral de Taipas (HGT).

O HGT, localizado em um bairro periférico (Parada de Taipas) da Zona Norte de São Paulo, foi fundado em 1992 pelo Governo do Estado.

Como Hospital Geral, presta atendimento público em diversas especialidades clínicas, mas possui uma enfermaria exclusiva para atendimento aos internados por problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas. O serviço recebe pacientes de toda a cidade e durante o período compreendido pelo estudo, era o único dispositivo público especializado na atenção aos dependentes químicos do Município.

O programa de desintoxicação dura aproximadamente de duas a três semanas e é conduzido por uma equipe interdisciplinar, incluindo: psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

O acolhimento se inicia por uma conversa entre o profissional de referência da equipe e o indivíduo que deseja atendimento (acompanhado de familiar ou colateral); buscando-se avaliar a indicação

e pertinência do processo de internação. Caso a decisão seja favorável, o programa de tratamento é apresentado.

A internação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento (alta a pedido). Atualmente, quando da interrupção ou finalização do processo, o egresso é referenciado para ao Caps ad mais próximo de sua localidade. Na época da internação o encaminhamento se destinava aos ambulatórios especializados e unidades básicas de saúde.

2.4.Preparação e início do trabalho de campo.

A) A localização dos integrantes da amostra e o convite a participar da pesquisa.

B) Elaboração e aplicação do questionário estruturado (quantitativo).

A) A localização dos integrantes da amostra e o convite a participar da pesquisa:

As estratégias de localização adotadas em 02 (1995-1996), 05 (1998-1999) e 12 (2005-2006) anos encontram-se descritas na metodologia do primeiro artigo (que consta do item Resultados e Discussão).

B) Elaboração e aplicação do questionário estruturado:

Os parâmetros que embasaram a elaboração do questionário utilizado no segundo seguimento (follow-up de 05 anos) decorreram do

“NIDA's Diagnostic Source Book on Drug Abuse Research and Treatment” (NIDA, 1993) e do “Canadian Addiction Research Foundation's Directory of Client Outcome Measures for Addictions Treatment Programs” (ARF, 1993). Em ambos, são apresentados os indicadores relevantes de pesquisa – mais comumente encontrados e empregados na literatura biomédica – no campo de álcool e drogas: demografia; presença e padrão de consumo de variadas substâncias, em 30 dias e 12 meses; situação empregatícia, estudo e modo de sustento; problemas legais; histórico de procura por serviços de tratamento; comportamentos de risco e HIV/AIDS; e participação religiosa.

O questionário estruturado desenvolvido na segunda avaliação (05 anos) – e referência para a preparação do instrumento de avaliação empregado no terceiro estudo de seguimento (follow-up de 12 anos) - contou com o acréscimo de informações consideradas bastante relevantes.

As contribuições do terceiro questionário consistem em uso na vida de substâncias lícitas e ilícitas; questões específicas sobre a evolução da utilização de crack (idade de início do uso; último episódio de consumo e tempo de uso na vida); comportamento sexual de risco (sexo sem preservativo, múltiplos parceiros e troca de sexo por droga ou dinheiro para droga); grau de escolaridade; tipo de delito e período em que cometeu delito; padrão “binge” de consumo de crack; histórico

de migração de via de administração; ocorrência de overdose; data do último exame de HIV/AIDS.

Previamente houve o treinamento da pesquisadora (Silvana) para a realização das entrevistas e aperfeiçoamento do questionário; através de 04 episódios - piloto. Os encontros foram realizados (exceto quando não autorizado pelo entrevistado) - por intermédio de visitas domiciliares (71%) em que o participante, sempre que possível, foi privilegiado como informante; diferentemente dos estudos anteriores, conduzidos por contatos telefônicos, em maioria, com familiares ou colaterais. Foi encontrada diferença estatística significativa entre abstinentes em relação a usuários (últimos 12 meses), no que diz respeito à participação direta como informante no estudo ($P=0.004$).

As visitas domiciliares propiciaram - por vezes - o relato conjunto de entrevistados e familiares, em que as lembranças; as histórias de vida; e os modos de consumo da droga puderam ser recontados. Esta estratégia de abordagem possibilitou o resgate e rearticulação das experiências; bem como a realização de encaminhamentos para tratamento em álcool e drogas e a outros serviços de saúde, quando solicitado pelo participante.

As visitas necessitaram enquadrar-se à disponibilidade do entrevistado e - por conta disso - estiveram condicionadas às singularidades de seus diversos momentos de vida; os quais

determinaram acessibilidades; recusas e adiamentos dos encontros (por ex. fase de consumo frequente de crack; síndrome de abstinência intensa; excesso de trabalho ou surgimento de um “bico” na data agendada para a entrevista; viagens; etc.).

Por conta da já mencionada alteração no procedimento da entrevista, elas perduraram por aproximadamente 17 meses.

2.5.Análise estatística.

Depois de elaborado, todas as informações coletadas foram adicionadas ao banco de dados (SPSS 13.0). Características dos integrantes do estudo foram descritas a partir de freqüências absolutas (n) e porcentagens (%). Apresentaram-se média e desvio padrão (DP), quando se tratavam de variáveis numéricas.

Na comparação dos dados investigados foi utilizado o teste de Qui-Quadrado – verificando-se a relação de dependência entre variáveis dicotômicas para estimar se o valor das diferenças é significativo - ou teste exato de Fisher (F), quando necessário. Para estes testes foi considerado um nível de significância de 5%. Nos cruzamentos maiores do que tabela 2x2 e que houve evidência de associação estatística ($p < 0.05$), empregou-se análise de resíduo para identificação das categorias que se diferenciavam entre os grupos. Um valor do resíduo padronizado (Zres) acima de 1.96, indica significância estatística na

casela (categoria específica para determinado grupo) a um nível de significância de 5%.

Com relação à seleção, dentre as variáveis avaliadas na internação, de possíveis fatores “preditivos” de abstenção em longo prazo ou uso prolongado de crack ao longo dos 12 anos; empregou-se o modelo de Regressão Logística Multinomial. O método de Regressão Logística utilizado foi o “Stepwise Forward” que não inclui no modelo as variáveis sem significância estatística.

Taxas de mortalidade (bruta e ajustada).

A taxa de mortalidade bruta foi obtida a partir da razão entre o número de óbitos (27) e o número total de indivíduos da amostra (131).

A taxa de mortalidade anual média resultou da divisão da taxa de mortalidade bruta pela média de anos de seguimento. Os valores obtidos foram expressos em número de óbitos por 1000 indivíduos. Para o cálculo da média dos anos de seguimento convencionou-se incluir não apenas os 107 localizados no terceiro estudo, mas também os pacientes seguidos pelo menos até 05 anos: abarcando, portanto, os localizados em 02 e 05 anos (n=11) e os apenas em 05 anos (n=07); totalizando 125 indivíduos. Para este cálculo, devido à inclusão descrita; a média de tempo de seguimento acabou por retroceder dos 12 anos (10.6 anos). Não foram incluídos os nunca localizados (n=3); os localizados apenas

em 02 anos (n=2) e (1) indivíduo cujo prontuário com a data da alta não foi identificado.

Para a taxa de mortalidade ajustada foi feito ajuste para sexo masculino (quase a totalidade da amostra) e idade, tomando como base a população do município de São Paulo no ano de 2000 (período médio do estudo). A distribuição da população por idade e sexo, e a dos óbitos na região foi obtida a partir dos dados da Fundação SEADE.

A taxa de excesso e razão de mortalidade advém da diferença entre a taxa de mortalidade observada e a esperada, para a população geral do município, expressa por 1000 hab.; e o quociente entre a taxa de mortalidade observada e a esperada, respectivamente.

Análise de Sobrevida.

A curva de sobrevida foi construída obtendo-se as probabilidades de sobrevida estimadas pelo método de Kaplan-Meier. Estipulou-se o ponto final de follow-up pela data do óbito ou da última entrevista e o evento considerado foi ocorrência de óbito.

Nas análises univariadas, compararam-se curvas de sobrevida estratificadas relativas a informações obtidas na admissão (demografia, histórico de consumo, tratamento pregresso e problemas legais), pelo método de "log-rank". Restaram 3 variáveis ao nível de significância de $p < 0,10$; sendo que as mesmas, posteriormente foram testadas (análise multivariada) no modelo de risco proporcional de Cox, para identificação

de fatores que aumentassem os riscos de mortalidade. À variável significativa no modelo final foi obtido risco relativo e intervalo de confiança ao nível de 95%.

2.6.Ética e pesquisa.

Os procedimentos adotados pelo presente estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP1420/05). Todos os participantes assinaram termo de consentimento esclarecido.

3. Resultados e Discussão

3.1. Artigo I.

Apresenta a linha de investigação da qual parte o presente trabalho, e descreve os procedimentos metodológicos adotados em todas as etapas (1995-1996; 1998-1999; 2005-2006); privilegiando o relato das estratégias de localização. Achados das avaliações em 02 e 05 anos e informações preliminares do terceiro "follow-up" (2005-2006) são abordados.

Publicado no Periódico "Substance Abuse".

3.2. Artigo II.

Retrata os principais desfechos após 12 anos da alta e, de forma abreviada ("brief-report"), apresenta as taxas de mortalidade referentes à coorte do estudo. Articulações entre contexto, causas de morte e fatores de risco são realizadas e discutidas.

Aguardando parecer referente à re-submissão (versão corrigida e revisada) ao "Journal of Substance Abuse Treatment".

3.3. Artigo III.

Descreve o processo de evolução e mobilidade da coorte - incluindo alterações e alternâncias nos padrões de consumo - ao longo

dos anos pós - alta. Realiza comparações e testa associações estatísticas entre os grupos de abstinentes e de usuários de crack (últimos 12 meses), em relação a eventos da vida cotidiana: participação no mercado de trabalho, frequência a atividades escolares, inserção em serviços de tratamento especializados, prática religiosa. Investiga vulnerabilidades relativas ao contexto e a determinadas práticas de consumo: delitos e prisões, overdose e comportamento sexual de risco (transmissão de DSTs).

Artigo submetido ao "Journal of Addictive Diseases".

3.4. Artigo IV.

Apresenta a evolução do consumo de crack ao longo do curso de vida dos participantes da coorte e circunscreve trajetórias heterogêneas de uso da droga, em 12 anos. Descreve associação e histórico de consumo de outras substâncias. Discute a viabilidade da conquista de padrões continuados de abstinência; as possíveis estratégias de regulação do consumo de crack; e a tendência à manutenção prolongada do uso desta droga.

Artigo submetido à Revista de Saúde Pública (RSP).