

Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso

Crack-cocaine in São Paulo: accessibility, market strategies and ways of use

LÚCIO GARCIA DE OLIVEIRA¹, SOLANGE APARECIDA NAPPO²

¹ Pesquisador sênior do Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (Cisa).

² Professora adjunta I da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Recebido: 30/06/2008 – Aceito: 30/07/2008

Resumo

Contexto: No Brasil, levantamentos epidemiológicos têm apontado o aumento do uso de *crack*, possivelmente em razão de mudanças de seu acesso, estratégias de mercado e formas de uso. **Objetivo:** Identificar tais aspectos da cultura de uso de *crack*, na cidade de São Paulo, sob a perspectiva do próprio usuário. **Métodos:** Adotou-se amostra intencional, selecionada por critérios, composta de usuários (n = 45) e ex-usuários de *crack* (n = 17). Recrutados por meio de informantes-chave e técnica de amostragem em cadeias, cada participante submeteu-se à entrevista semi-estruturada. **Resultados:** Atualmente, conforme os entrevistados, o acesso a *crack* é simples, facilitado por estratégias de mercado como a entrega em domicílio do *crack* (*crack delivery*). As pedras têm sido substituídas pelo farelo, forma mais barata e adulterável da droga. Embora o cachimbo artesanal de alumínio seja a forma de uso mais comum, têm-se identificados o *shotgun* e o uso combinado de *crack* a tabaco ou maconha. **Conclusões:** Embora de caráter preliminar, esse estudo aponta que a qualidade, o mercado e as estratégias de uso de *crack* têm sofrido mudanças, implicando potenciais riscos à saúde do usuário, sugerindo sua consideração à atualização das políticas públicas e dos programas de intervenção atualmente vigentes.

Oliveira LG, Nappo SA / *Rev Psiq Clín.* 2008;35(6):212-8

Palavras-chave: Cocaína-*crack*, comportamento, pesquisa qualitativa, antropologia cultural, políticas públicas de saúde.

Abstract

Background: In Brazil, survey data have pointed to an increase in crack cocaine lifetime use, possibly due to changes on its accessibility, market strategies and ways of use. **Objective:** To identify such issues in the crack cocaine culture of use, in São Paulo, according to the user point of view. **Methods:** An intentional sample was selected, composed by crack users (n = 45) and former users (n = 17). Recruited through key-informants and chain sampling methods, each participant was submitted to an in-depth semi-structured interview. **Results:** Nowadays, as reported by interviewees, it is quite simple to get crack cocaine, especially through new market strategies as crack cocaine delivery. Rocks have been replaced by “crack powder”, the cheapest and easily “changeable” crack cocaine. Although makeshift aluminum pipes are the commonest way of use, others have been identified, among them, “shotgun” and the combined use with tobacco or marijuana. **Discussion:** Although preliminary in nature, this study points that crack cocaine quality, market strategies and ways of use have changed, implying in potential health risks to users suggesting its utilization to the health public policies and intervention methods updating.

Oliveira LG, Nappo SA / *Rev Psiq Clín.* 2008;35(6):212-8

Key-words: Crack cocaine, behavior, qualitative research, anthropology cultural, health public policy.

Introdução

Na cidade de São Paulo, o primeiro relato do uso de *crack* faz referência ao ano de 1989¹. Dois anos depois, em 1991, houve a primeira apreensão policial da droga, momento a partir do qual o número de apreensões só veio a aumentar, progredindo de 204 registros em 1993 para 1.906 casos em 1995², apontando à rápida popularização de *crack* em território brasileiro. Os traficantes e suas habilidosas estratégias de mercado contribuíram significativamente a esse processo. A princípio, como ainda era desconhecido, para facilitar a apresentação de *crack* e a adesão por parte do usuário, os traficantes esgotaram as reservas de outras drogas nos pontos de distribuição, disponibilizando apenas *crack*. Logo, diante da falta de alternativas, os usuários viram-se obrigados a optar e aderir ao seu uso³.

Quanto ao processo de produção, inicialmente, o *crack* era convertido do cloridrato de cocaína (pó) pelo próprio usuário, constituindo a forma da “casca”^{2,3}. Posteriormente, uma vez que a produção concentrou-se nas mãos do traficante, o *crack* passou a ser produzido e comercializado na forma de “pedras” que despertavam a atenção pelo baixo custo por unidade^{3,5}, o que de início causava a falsa sensação de ser uma droga mais barata que as demais.

Depois de quase duas décadas da introdução de *crack* na cidade de São Paulo, o preço por unidade parece não ter sofrido variação expressiva, o que leva a sugerir que é a qualidade da droga que tem mudado. Nos Estados Unidos, estudos apontam que as pedras de *crack* têm sido adulteradas com substâncias inertes ou estimulantes de baixo custo, o que têm diminuído sua pureza em termos da concentração de cocaína⁶. No Brasil, em função dos inúmeros pontos de distribuição e venda de *crack* (cada qual com suas próprias “leis”), sua composição química ainda é desconhecida, de tal forma que interações imprevisíveis podem colocar a vida do usuário em risco, o que o torna um problema de saúde pública relevante. Assim, estudos que identifiquem, em detalhes, as atuais formas de apresentação e composição química de *crack* são necessários.

Além da qualidade, na cidade de São Paulo, relatos informais apontavam as mudanças da acessibilidade e estratégias de uso de *crack*. A esse respeito, nos Estados Unidos, Perlman *et al.*^{7,8} identificaram o *shotgun*, uma estratégia de uso que, embora encarada como o compartilhamento inocente de *crack* (e outras drogas fumáveis) entre dois usuários, tem propiciado contextos eróticos de uso, aumentando a incidência de encontros homo e heterossexuais. Como na cultura de *crack* o uso de preservativos é geralmente inconsistente⁹, esses encontros podem facilitar a transmissão de HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Como os principais aspectos das culturas de *crack* brasileira e norte-americana têm caminhado *pari passu*, sugere-se que essa técnica, entre outras de riscos semelhantes,

já exista em contexto brasileiro, embora não tenha sido formalmente identificada.

Por fim, a despeito de todos os esforços empregados a seu controle, no período de 2001 a 2005, testemunhou-se o aumento do “uso na vida” de *crack* pela população geral¹⁰, especialmente nas regiões brasileiras Sudeste e Sul, com expressivo consumo na cidade de Porto Alegre¹¹. Assim, atualmente, estudos destinados a identificação e compreensão dos aspectos da cultura de *crack* interferentes sobre esse aumento devem ser incentivados.

Pensando nisso, o presente manuscrito teve como propósito identificar, na cidade de São Paulo, se a cultura de *crack* estaria passando por modificações de relevância, especialmente no que se refere a acessibilidade, formas de apresentação e estratégias de uso da droga, as quais pudessem, de alguma maneira, justificar o aumento de consumo que se tem testemunhado. As informações obtidas pelo presente manuscrito, a ser futuramente corroboradas por levantamentos epidemiológicos de grande porte, são de suma importância ao planejamento e desenvolvimento de políticas públicas, estratégias de intervenção e controle do uso de *crack* por profissionais de saúde e autoridades públicas competentes.

Métodos

Características gerais

Sabendo-se que a abordagem qualitativa auxilia na identificação de práticas comportamentais emergentes¹², facilitando a descoberta de seus nexos e dimensões¹³, tornou-se, no presente estudo, a melhor opção metodológica à investigação da cultura de uso de *crack* e das mudanças que têm sofrido após quase duas décadas de sua introdução na cidade de São Paulo. Como o fenômeno é identificado de forma êmica, ou seja, a partir dos valores, crenças e representações do indivíduo ou do grupo que o detenha¹⁴, a amostra foi do tipo intencional¹⁵, tendo buscado por usuários (U) e ex-usuários (E) que pudessem relatar sobre as atualizações da cultura de *crack* nas últimas duas décadas.

Seleção da amostra

O primeiro passo da seleção foi mediado por informantes-chave, pessoas com conhecimento especial da cultura que facilitaram a aproximação dos investigadores à população-alvo¹⁵. Dessa pesquisa, como informantes-chave, participaram profissionais da área de saúde (médicos psiquiatras e psicólogos oriundos de instituições devotadas a assistência, tratamento e redução de danos, atuantes na cidade de São Paulo), profissional redutor de danos (que abordava e aconselhava usuários de *crack* sobre a necessidade de reduzirem a incidência de comportamentos de risco, em campo, na região da extinta Cracolândia), assim como usuários e ex-usuários

que tivessem mantido ou ainda mantivessem envolvimento ativo e prolongado com a droga, participando, então, intensamente de sua cultura. Posteriormente, continuou-se a seleção com a técnica de amostragem por cadeias¹⁶, em especial pela técnica bola-de-neve¹⁷, por meio da qual os primeiros entrevistados indicaram outros, que, por sua vez, indicaram outros, e assim sucessivamente. Construíram-se 15 cadeias de entrevistados, cujos membros não mantiveram entre si nenhum tipo de vínculo, sendo provenientes de diferentes bairros da cidade de São Paulo, o que as manteve heterogêneas e diversificadas. Por fim, os participantes foram selecionados conforme critérios, a citar: idade superior a 18 anos, ambos os sexos, usuários (U) e ex-usuários de *crack* (E). Os ex-usuários ou usuários eram indivíduos que tivessem usado *crack* por pelo menos 25 vezes na vida. Além disso, definiu-se como ex-usuário o sujeito que estivesse em abstinência por período de, no mínimo, seis meses antes da seleção¹⁸.

Tamanho da amostra

Em abordagem qualitativa, a amostragem não privilegia o critério numérico nem tampouco a representação estatística¹⁵. Assim, o tamanho da amostra foi suficiente para a inclusão do maior número de informações sobre o fenômeno, até o momento que passaram a se repetir¹³, atingindo então o ponto de saturação teórica, o que indicava que a seleção deveria ser interrompida¹⁵. Assim, a amostra total contou com a participação de 65 sujeitos, 48 usuários (U) e 17 ex-usuários de *crack* (E). Entre os usuários, três entrevistas foram desconsideradas por desistência, totalizando 62 opiniões sobre a cultura de *crack* na cidade de São Paulo (45U; 17E).

Instrumento de pesquisa

O recurso primordial em investigação qualitativa é o discurso, logo, como instrumento principal, adotou-se a entrevista semi-estruturada, em profundidade, direcionada por questionário. A participação dos informantes-chave forneceu subsídios à estruturação do instrumento de pesquisa, constituído exclusivamente por perguntas abertas, das quais algumas foram previamente padronizadas para permitir a comparabilidade de respostas, enquanto outras foram aprofundadas ou inseridas (ao longo do diálogo) para o melhor esclarecimento sobre o fenômeno¹⁹. As entrevistas, anônimas, com duração média de 88 minutos, foram gravadas com a concordância prévia do entrevistado, após a explicação dos objetivos da pesquisa, leitura e aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido.

Análise dos dados

Após transcrição, cada entrevista foi identificada com um código alfanumérico significando, pela ordem:

inicial do nome do entrevistado, idade, sexo (F ou M) e, finalmente, U para usuário e E para ex-usuário. Criou-se um programa de computador para a inserção dos dados, possibilitando obter relatórios tabulados conforme a pergunta do questionário. Os relatórios foram individualmente avaliados e interpretados para que inferências e hipóteses fossem traçadas¹⁴. Os resultados foram descritos na forma de narrativas e ilustrados com fragmentos dos discursos dos entrevistados na seção de Resultados e Discussão.

Embora de alcance limitado, produzindo explicações contextuais para um pequeno número de casos e não extrapoláveis a populações maiores, os resultados obtidos pelo presente manuscrito e por outras pesquisas qualitativas são complementares aos de estudos quantitativos ou de cunho positivista, acompanhando e aprofundando tópicos levantados por estes ou, por outro lado, abrindo perspectivas e variáveis a ser posteriormente empregadas em levantamentos estatísticos²⁰.

Para finalizar, os procedimentos desse estudo (em conformidade com a Resolução 196/96 que regulamenta a execução de pesquisas com seres humanos) foram previamente aprovados pela Comissão de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) por meio do protocolo nº 0078/04.

Resultados e discussão

Dados sociodemográficos

A exemplo do que tem sido previamente descrito^{3,22,26}, em sua maioria o usuário de *crack* é do sexo masculino, jovem (de faixa etária entre 18 e 35 anos), solteiro, de baixo nível socioeconômico, baixo grau de escolaridade e sem vínculos empregatícios formais.

Acessibilidade a *crack*

Conforme os entrevistados, a aquisição de *crack* é simples, rápida e notoriamente pública, mediante o contato com pontos especiais de distribuição, denominados por “tráfico de asfalto” e “bocas, bocadas ou biqueiras”.

“É mais fácil vc ir ao mercado e não encontrar arroz que não conseguir *crack* na rua (...)” (J39MU).

A facilidade de acesso encontrada nesse estudo corrobora o que se tem registrado por levantamentos epidemiológicos sobre o uso de drogas no Brasil¹⁰, cujos dados apontaram ao aumento do número de pessoas que afirmaram ser fácil encontrar *crack* caso assim o desejassem. Assim, o aumento do acesso a *crack* poderia, de certa forma, explicar o incremento da prevalência de seu uso na vida, no país, que passou de 0,4% (em 2001)²³ para 0,7% (em 2005)¹⁰. Verificou-se relação semelhante para o consumo de cloridrato de cocaína, em que o aumento observado ao acesso da droga elevou seu consumo e as implicações de saúde dele decorrentes²⁴.

Implicado na facilidade de acesso está o desenvolvimento de estratégias especiais de comércio, seguindo o que já foi descrito ao cloridrato de cocaína²⁵. Entre tais estratégias, na cidade de São Paulo, tem-se relatado a existência do *crack delivery*, que, assim como qualquer outro comércio, consiste na entrega de *crack* em domicílio. Embora mais cômodo, não parece haver imposição de taxas sobre os serviços prestados, de tal forma a não modificar o valor final da droga.

“Por um período eu ligava e traziam na minha casa (...) *delivery* é o que mais tem (...) eu acho que é uma fonte de renda, ninguém quer que você pare um negócio desse (...)” (A36FU).

Formas de apresentação

Diferentemente da época de sua aparição na cidade de São Paulo, quando era preparado pelo usuário a partir do cloridrato de cocaína, formando a então denominada “casca”³ (semelhantemente ao aparecimento da cultura de uso nos Estados Unidos²), atualmente o processo de produção encontra-se integralmente em poder dos traficantes^{4,5,26}, que o comercializam na forma de pedras, seja por tamanho, seja por peso. Por tamanho, seus valores variam entre R\$ 5,00 e R\$ 20,00, não muito diferentes dos mencionados previamente^{4,11}. Porém, atualmente já se tem identificado a venda de pedras de 50 centavos, os “peguinhas” ou “casquinhas”, quantidade suficiente para apenas uma única tragada.

“No centro da cidade você não pega só da mão do traficante, você pega da mão do viciado (...) ele pega uma pedra e vai vendendo em pedacinhos de R\$ 1, R\$ 2 (...)” (A28MU).

Já a venda por peso, cujo valor varia entre R\$ 10,00 e R\$ 30,00, restringe-se a usuários de melhor poder aquisitivo, como mencionado anteriormente³.

Na cidade de São Paulo, em quase duas décadas da existência de *crack*, o valor da pedra manteve-se praticamente o mesmo, logo era de se esperar que a droga perdesse em termos de qualidade, o que se deduz pela mudança de seus aspectos físicos (consistência e coloração) e efeitos. Na primeira descrição brasileira sobre a cultura³, a pedra mais comum era de coloração amarela e consistência rígida, porém, atualmente, a variante mais comum é branca e pastosa, contendo diluentes como farinha, bicarbonato de sódio, talco, pó de vidro, pó de mármore e fezes de animais.

“Podia até falar que era um produto bom quando começou, hoje não, tem veneno de rato, tem cerol de pipa, pedaço de pão, pêlo de cachorro, cocô de rato, você percebe que a droga é ruim” (...) (E26ME).

“Perdeu a qualidade. Eles batizam a pedra, põe meio quilo de bicarbonato, você fuma e ela derrete todinha (...) depois que você fuma, em vez de derreter, ela cresce, parece pipoca (...)” (M34MU).

A perda da qualidade de *crack* recapitula o previamente ocorrido com o cloridrato de cocaína de rua, a

cuja composição química adicionavam-se açúcar, giz, pó de lâmpada fluorescente, pó de mármore, aspirina e outros adulterantes¹¹.

Porém, por meio de processo de cocção em água, a pedra branca pode ser transformada em uma forma de consistência gelatinosa denominada por “pedra transparente, cristal, *crack* tirado ou trabalhado”, cujos efeitos são considerados como mais intensos que os da pedra convencional.

“(...) é o *crack* tirado (...) sem os resíduos ele fica 100% (...) você dá uma paulada, mas a loucura é 5 vezes maior (...)” (N19MU).

Embora haja relatos sobre a existência de variantes inéditas da pedra, essa forma tem sido paulatinamente substituída pelo “farelo ou pó de *crack*”. De custo inferior à pedra (geralmente comercializado por R\$ 5,00), tem tornado o *crack* acessível a maior número de indivíduos. A quantidade da droga por papelote é menor (em relação à pedra) e sua composição química é facilmente adulterável, o que a torna a forma de comércio mais rendosa ao traficante. No Brasil, embora essa forma de apresentação seja inédita, já foi identificada na cidade de Roterdã, comercializada em papelotes e denominada *little balls*²⁷.

Como os entrevistados relataram que as pedras raramente têm sido comercializadas, tendo sido feito prioritariamente na forma de “farelo”, possivelmente estejamos vivenciando uma habilidosa estratégia de mercado destinada a apresentação do “farelo” e substituição permanente da pedra, como anteriormente observado no momento de introdução da droga na cidade de São Paulo, quando se esgotaram as outras drogas nos pontos de venda, disponibilizando apenas o *crack*³.

“O pessoal falava “vamos pegar uma pedra”, aí você imagina uma pedra. Quando eu vi, não era uma pedra, só tinha farelo (...)” (N25FE).

Formas de uso

Uso de crack

Na cidade de São Paulo, o uso de *crack* dá-se comumente mediante o emprego de cachimbos, procedimento conhecido nos Estados Unidos e na Europa como *freebasing*^{2,28,29}. Embora uma miríade de materiais seja empregada à sua confecção (copo de iogurte e de água mineral; isqueiro; tubo de pasta de dente; tampas de garrafas PET; canos de PVC; lâmpadas, entre outros), a lata de alumínio (de cerveja e refrigerantes) é a principal “matéria-prima”. Independentemente do material, na cidade de São Paulo, esses aparatos são denominados “cachimbo de alumínio”, em cuja constituição dois elementos são essenciais: a folha de alumínio (suporte para o *crack*) e as cinzas de cigarro recém-colhidas (aquecimento para que o *crack* seja sublimado), conforme ilustrado pelo depoimento a seguir:

“(…) corta o isqueiro no meio e coloca um caninho de metal (na parte de baixo) e em cima o alumínio (...) fura o alumínio com uma agulha e em cima dos furos coloca as cinzas de cigarro e em cima delas, a pedra (...)” (D18FU).

Considerando-se que a lata é a principal “matéria-prima”, o contato repetido com o alumínio aquecido lesa o tecido cutâneo, causando o aparecimento de bolhas e feridas na língua, nos lábios, rostos e dedos^{2,5,30,31}. Uma vez compartilhada, presume-se que o contato com o sangue de outros usuários poderia aumentar-lhes o risco de transmissão de doenças infectocontagiosas³². Porém, espera-se pior desdobramento, já que as mulheres usuárias, ao trocarem preferencialmente sexo oral e desprotegido por *crack*, possibilitam o contato de suas feridas ao sêmen do parceiro, o que lhes aumenta os riscos de contágio por doenças sexualmente transmissíveis e HIV^{5,11,33}. Soma-se a isso o fato de que o emprego das latas aumenta o nível sérico de alumínio, predispondo o usuário a possível intoxicação e danos neurológicos irreversíveis³⁴. Assim, considerados em conjunto, os dados anteriores aumentam os riscos de saúde que já estavam naturalmente associados ao uso do cachimbo convencional³⁵.

É interessante notar que, após o uso continuado (por dias) de um mesmo cachimbo, há o acúmulo de um resíduo negro em seu interior denominado, conforme os entrevistados, “borra, raspa, resina ou sarro”. Se removida e fumada, a borra possibilita efeitos mais intensos que os da pedra, em função de ser uma forma concentrada da cocaína, já que, após sublimar, maior parte da droga impregnar-se-ia na parede interna do cachimbo em vez de ser inalada pelo usuário²⁸.

“(…) sai uma borra marrom escura (...) se a pedra é a cocaína ampliada 10 vezes, a borra é a pedra ampliada mais 10, entendeu?” (P30MU).

Uso combinado

O uso de *crack* pode ser combinado a outras substâncias psicotrópicas, como ao cigarro de tabaco ou maconha. A combinação *crack*-tabaco, comumente referida por “capetinha, pitilho ou cisclado”, é de efeito mais fraco que o uso da pedra isolada²¹, entretanto, muitas vezes por ele se opta em função da possibilidade de usar *crack* em locais públicos.

“Se é um lugar que não dá pra fumar no cachimbo, eu faço um cigarrinho (...) se estou com cigarro posso esconder na mão, já o cachimbo não, não tem como (...)” (J53FU).

O uso de *crack* combinado à maconha é comumente referido como “mesclado ou melado”. É empregado com fins de diminuir a fissura e demais efeitos ansiogênicos de *crack*, de forma a descontinuar seu uso e permitir ao usuário retornar a suas atividades rotineiras²¹. O uso combinado à maconha também é empregado com fins de compensar a diminuição dos efeitos psíquicos de

crack, resultado direto da perda da qualidade da droga de rua¹¹.

“(…) o efeito da pedra é instantâneo, dura 30 segundos e depois você já está alucinado, querendo mais (...) quando está com a maconha na cabeça, você relaxa e deixa pra depois (...)” (J30MU).

Estratégias de uso

Shotgun

Entre os entrevistados, conforme previamente descrito nos Estados Unidos^{7,8}, relatou-se a existência da técnica de *shotgun*, ainda desconhecida no Brasil e, por tal, ainda sem denominação específica na língua portuguesa. Tampouco, há uma nomenclatura entre os entrevistados, de tal forma que, mais preocupados com o ato em si, limitaram-se apenas em descrevê-la. Entre eles, a técnica tem sido empregada com fins econômicos e sociais, despontando como a possibilidade de compartilhar as reservas da droga entre colegas de uso, como previamente descrito nos Estados Unidos^{7,8}. À sua realização, um dos usuários inala a fumaça de *crack* (diretamente do cachimbo) e a transmite ao companheiro, seja mediante contato direto boca-a-boca, seja por intermédio de um tubo entre as bocas. Porém, como boa parte da cocaína fica retida nos pulmões do doador, acredita-se que os efeitos sejam menos intensos ao receptor, hipótese corroborada pelo fato de a maioria dos usuários (que relataram adotá-la como estratégia de uso) preferir atuar como doadores que receptores.

“(…) é com pedaço de cano de PVC, eu dou um trago, aí eu vou na sua boca e você fuma aquele resto meu (...) acontece pra economizar (...)” (F26MU).

Embora pareça ingênua, a técnica propicia ambientes de considerável erotismo e apelo sexual, aumentando a possibilidade de encontros sexuais desprotegidos (seja homo ou heterossexual) e de transmissão e contágio de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

“Dar a segundinha”

Consiste em outra forma de compartilhamento de *crack*, semelhante ao *shotgun*, porém sem intermediários que pré-processem a fumaça (*crack* sublimado). Ao fumar-se *crack* no cachimbo, sobra um pouco de fumaça em seu interior, assim o dono da droga (doador), após aquecer a pedra e dar a primeira tragada, tapa o bucal do cachimbo e o passa ao receptor, que aspira a fumaça restante. Denomina-se segundinha, pois o doador (dono da droga) dá a primeira tragada e o receptor, a segunda. Embora sem riscos aparentes à saúde, ao inalarem do mesmo vapor, acredita-se que a técnica possa facilitar a transmissão e contágio de infecções do trato respiratório.

“(…) ao fumar na lata fica certa quantidade de fumaça dentro, dá dois tragos, então, você fumou, tampou e deu

para o outro (...) se o cara não tem, ele fala: ‘deixa eu dá essa segunda aí’” (S17MU).

Conclusões

Após quase duas décadas da introdução de *crack* na cidade de São Paulo, tem-se observado o aumento de acesso à droga, assim como o aparecimento de novas formas de comercialização, a citar o farelo ou pó que, de menor preço, tem contribuído à maior oferta da droga, parecendo refletir o aumento de sua procura e prevalência de uso. Como os valores financeiros de *crack* permaneceram praticamente constantes desde sua aparição, sugere-se que é a qualidade da droga que tem piorado, principalmente em função da adição de outras substâncias à sua composição química. Como essas substâncias e possíveis interações ainda não estão totalmente esclarecidas, a situação representa risco potencial e de relevância à saúde física e mental do usuário.

Quanto às formas de uso, o emprego de cachimbos e o aparecimento de novas estratégias têm aumentado a possibilidade de contágio do vírus HIV e de outros agentes patogênicos dentro dessa cultura. Dadas suas características, espera-se que doenças infectocontagiosas e HIV propaguem-se rapidamente dentro da cultura, o que é um importante motivo de preocupação. Soma-se a isso a existência da combinação de *crack* a outras substâncias que tendem a piorar a situação, possibilitando o desenvolvimento de dependências múltiplas de drogas, o que dificultaria a recuperação do usuário e retardaria sua reinserção social.

Apesar de sua riqueza e conteúdo preocupante, os resultados limitam-se à caracterização da amostra selecionada, não podendo ser extrapolados ou generalizados a populações maiores. Porém, mesmo que preliminares, os resultados introduzem tópicos de relevância a ser investigados e corroborados por levantamentos epidemiológicos. Uma vez esclarecidas, essas informações conduzirão as autoridades públicas competentes e os profissionais de saúde ao planejamento e desenvolvimento de políticas públicas e programas de intervenção e controle apropriados ao consumo de *crack*.

Apoio financeiro

Lúcio Garcia de Oliveira foi apoiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes; bolsa de doutorado) e financiado pela Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp; processo nº 04/07153-8).

Referências

- Dunn J, Laranjeira RR, Silveira DX, Formigoni MLOS, Ferri CP. Crack cocaine: an increase in the use among patient attending clinics in São Paulo 1990-1993. *Subst Use Misuse*. 1996;31:519-27.
- Inciardi JA. Crack cocaine in the Americas. In: Monteiro MG, Inciardi JA, editores. *Brazil-United States, Binational Research*. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 1993. p. 63-75.
- Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse*. 1996;31(5):565-79.
- Dunn J, Ferri CP. The price of crack in São Paulo, Brazil. *Addiction*. 1998; 93(2):287-8.
- Nappo SA, Sanchez ZVDM, Oliveira LG, Santos SA, Coradette Jr J, Pacca JCB, 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 e Unifesp – Universidade Federal de São Paulo; 2003.
- Carlson RG, Siegal HA. The crack life: an ethnographic overview of crack use and sexual behavior among African-americans in a Midwest metropolitan city. *J Psychoactive Drugs*. 1991;23 (1):11-20.
- Perlman DC, Perkins MP, Paone D, Kochems L, Salomon N, Friedmann P, et al. “Shotgunning” as an illicit drug smoking practice. *J Subst Abuse Treat*. 1997; 14(1):3-9.
- Perlman DC, Henman AR, Kochems L, Paone D, Salomon N, Jarlais DC. Doing a shotgun: a drug practice and its relationship to sexual behaviors and infection risk. *Soc Sci Med*. 1999;48:1441-8.
- Timpson SC, Williams ML, Bowen AM, Keel KB. Condom use behaviors in HIV-infected African American crack cocaine users. *Subst Abuse*. 2003;24(4):211-20.
- Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. São Paulo: Cebrid – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas e Unifesp – Universidade Federal de São Paulo; 2007.
- Inciardi JA, Surratt HL, Pechansky F, Kessler F, von Diemen L, da Silva EM, et al. Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the south of Brazil. *J Psychoactive Drugs*. 2006;38(3):305-10.
- Clatts MC, Welle DL, Goldsamt LA, Lankenau SE. An ethno-epidemiological model for the study of trends in illicit drug use: reflections on the “emergence” of crack injection. *Int J Drug Policy*. 2002;13:285-95.
- Victoria CG, Knauth DR, Hassen MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 1998.
- World Health Organization (WHO). *Qualitative research for health programmes*. Geneva: Division of Mental Health, World Health Organization; 1994.
- Díaz AF, Barruti M, Doncel C. The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona. Barcelona: Laboratori de Sociologia (ICESB) e Ajuntament de Barcelona; 1992.
- Biernacki P, Waldorf D. Snowball sampling—problems and techniques of chain referral sampling. *Sociol Methods Res*. 1981;10:141-63.
- Siegel RK. New patterns of cocaine use: changing doses and routes. In: Kozel N, Adams EH. *Cocaine use in America: epidemiologic and clinical perspective*. Rockville, USA: National Institute on Drug Abuse; 1985.
- Creswell JW. *Qualitative Inquiry and Research Design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
- Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? *Cad Saúde Pública*. 2003;9(3):239-62.
- Oliveira LG, Nappo SA. Crack-cocaine culture characterization in the city of São Paulo, emphasizing the controlled pattern of use. *Rev Saúde Pública*. 2008 (in press).
- Sanchez ZM, Nappo SA. From the first drug to crack: the sequence of drugs taken in a group of users in the city of São Paulo. *Subst Use Misuse*. 2007;42(1):177-88.
- Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: Cebrid – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas e Unifesp – Universidade Federal de São Paulo; 2002.
- Darke S, Kaye S, Topp L. Cocaine use in New South Wales, Australia, 1996-2000: 5 year monitoring of trends in price, availability and use from the illicit drug reporting system. *Drug Alcohol Depend*. 2002;67:81-8.
- Hando J, Flaherty B, Rutter S. An Australian profile on the use of cocaine. *Addiction*. 1997;92(2):173-82.

26. Nappo SA, Galduróz JCF, Raymundo M, Carlini EA. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *J Psychoactive Drugs*. 1999;33(3):241-53.
27. Grund JPC, Adrians NFP, Kaplan CD. Changing cocaine smoking rituals in the Dutch heroin addict population. *Br J Addict*. 1991;86:439-48.
28. Siegel RK. Cocaine smoking. *J Psychoactive Drugs*. 1982;14(4):271-343.
29. Barrio G, De la Fuente L, Royuela L, Díaz A, Rodríguez-Artalejo F. Cocaine use among heroin users in Spain: the diffusion of crack and cocaine smoking. *J Epidemiol Community Health*. 1998;52:172-80.
30. Feeney CM, Briggs S. Crack hands: a dermatologic effect of smoking crack cocaine. *Cutis*. 1992;50:193-4.
31. Inciardi JA. Crack, crack house sex, and HIV risk. *Arch Sex Behav*. 1995;24 (3):249-69.
32. Ward H, Pallearcosos A, Green A, Day S. Health issues associated with increasing use of crack cocaine among female sex workers in London. *Sex Transm Infect*. 2000;76:292-3.
33. Wallace JL, Porter J, Weiner A, Steinberg A. Oral sex, crack smoking and HIV infection among female sex workers who do not inject drugs. *Am J Public Health*. 1997;87(3):470.
34. Pechansky F, Kessler FHP, von Diemen L, Bumaguin DB, Surratt HL, Inciardi JA. Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. *Rev Bras Psiquiatr*. 2007;29(1):39-42.
35. Randi G, Scotti L, Bosetti C, Talamini R, Negri E, Levi F, et al. Pipe smoking and cancers of the upper digestive tract. *Int J Cancer*. 2007; 121(9):2049-51.