

**THARCILA VIANA CHAVES**

**A VIVÊNCIA DA FISSURA POR CRACK:  
REBAIXAMENTO DE VALORES E  
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA O  
CONTROLE**

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

São Paulo

2009

**THARCILA VIANA CHAVES**

**A VIVÊNCIA DA FISSURA POR CRACK:  
REBAIXAMENTO DE VALORES E  
ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA O  
CONTROLE**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Solange Aparecida Nappo

Co-orientadora: Dr<sup>a</sup>. Zila van der Meer Sanchez

São Paulo

2009

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGIA**

Chefe do Departamento:

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Lúcia Oliveira Formigoni**

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação:

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Gabriela Menezes de Oliveira**

## **APOIO FINANCEIRO**

Esta tese recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – bolsa de mestrado processo nº 06/58762-0 e auxílio à pesquisa processo nº 07/53585-5) e da Associação Fundo de Incentivo à Psicofarmacologia (AFIP).

## AGRADECIMENTOS

*Eu agradeço e desejo boas energias:*

Às pessoas que já tiveram experiência com o crack e que me concederam uma entrevista para esta pesquisa.

Aos profissionais de tratamento e aos pesquisadores científicos que também me concederam uma entrevista.

Às pessoas que me ajudaram a recrutar entrevistados.

À Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Solange Nappo, minha orientadora, que fez os meus olhos brilharem com a idéia deste estudo e me abriu várias portas para que eu o realizasse da melhor maneira possível.

À Dr<sup>a</sup>. Zila Sanchez, minha co-orientadora, pesquisadora que eu admiro e que me conduziu, passo por passo, nesta pesquisa.

A todos os meus colegas pós-graduandos do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP, em especial à Aline Soeiro, Feba Soncini, Fer Armani, Ju Lanini, André Monezi, Dri Neves, Fran Ruiz, Raquel Martins, Laura Castro, Tati Amato, Francis Godoi, Gabizinha Fujisaka, Shirley Takahashi, Adriano Zager, Bruno Gianfratti, Lyvia Freire, Grazi Molska, Ricardo Mazzeo, Nayara Scalco, Thiago Pavin, Vivi Ceschim, Débora Thobias, Daniel de Santi, Júlia Movilla, Perla Romanus, Melina Giorgetti, Deinha Bezerra, Cláudia Tondowski, Lu Abeid, Arilton Fonseca, Angélica Comis, Ana Rosa Lins, Laura Maciel, Lu Augusto, Mica Bitarello, Giovana Macedo, Suzi Kawakami, Andreza Kim, Thiago Rivero, Carola Piza, Giuliano Ginani e Ana Luíza Zaninotto.

A todos os funcionários do Departamento de Psicobiologia da UNIFESP, em especial à Mel Eva, Natália Mattos, Júlio César Nascimento, Noel Júnior, Nereide Garcia, Márcio Moraes, Mara Vianna, Valéria Acquilino, Maria Cristina Jorge, Maria do Socorro, Vinícius Bunscheit, Léo Pimentel, Érika Damião, Andreza Medina, Rosana Campos e Hilda Maria do Nascimento.

Aos colegas do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em especial à Pati Sabio, Aline Gonçalves, Márcia Fonseca, Herbert Cervigni, Maurício Duarte, Cris Resende, prof. Ricardo Tabach, Marlene Ribeiro, Mara Pimentel, prof. Ana Regina Noto, Cláudia Carlini, Gabi Jovi Vieira, Danilo Locatelli, Murilo Battisti, Emérita Opaleye, Yone Moura, Fúlvio Mendes, Jane Fontebom, Adriana Cristina da Silva e Dora.

Ao amigo Sidney José de Almeida.

Ao meu pai e à minha mãe, Agenor e Lais, sempre do meu lado. Amores da minha vida.

À minha irmã, Cá, sempre me animando e me fazendo sentir especial. Amor da minha vida.

Ao Diego, lindo, turbulento e solícito. Todo o carinho do mundo!

À FAPESP, por acreditar nesta pesquisa e financiá-la.

À AFIP, também pelo apoio financeiro.

Ao CEBRID, pelas discussões levantadas e pelo apoio institucional.

À banca do exame de suficiência, constituída pelas professoras Lia Bittencourt, Monica Andersen e Elisa Kosaza.

À banca examinadora, constituída pelos doutores Marcelo Sodelli, Elisaldo Araújo Carlini, Andrea Domanico e Lúcio Garcia de Oliveira.

## ÍNDICE

<b>RESUMO.....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
1.1 A fissura por uma substância.....	5
1.1.1 Relação fissura-dependência.....	6
1.1.2 Teoria de incentivo-sensibilização: "gostar" <i>versus</i> "querer".....	8
1.2 Da cocaína ao crack: a grande jogada de marketing.....	15
1.2.1 A cocaína.....	15
1.2.2 O uso de cocaína fumada.....	16
1.2.3 O acidente de Richard Pryor e a jogada de marketing.....	18
1.3 De remédio a veneno: a exposição a riscos na fissura por crack.....	20
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>25</b>
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
3.1 Escolha do método qualitativo.....	26
3.2 Amostra.....	27
3.2.1 Tipo de amostra.....	27
3.2.2 Fatores de inclusão na amostra.....	27
3.2.3 Tamanho da amostra.....	27
3.2.4 Obtenção da amostra.....	28
3.2.4.1 Informantes-chave e <i>gatekeepers</i> .....	28
3.2.4.2 Recrutamento da amostra.....	30
3.2.4.3 Fluxograma.....	30
3.3 Entrevistas.....	33
3.3.1 Entrevistas com informantes-chave.....	33
3.3.2 Entrevistas com usuários e ex-usuários de crack.....	33
3.3.2.1 Análise das entrevistas com usuários e ex-usuários de crack.....	34

## 4 RESULTADOS

<b>Parte 1: Entrevistas com informantes-chave.....</b>	<b>37</b>
1 Definição de fissura.....	37
2 Fatores desencadeantes de fissura.....	38
3 Etiologia e desenvolvimento de fissura.....	39
4 Fases da fissura no uso de crack.....	40
4.1 Fase do consumo de crack em que a fissura começa a aparecer.....	40
4.2 Tempo que o indivíduo leva para entrar em fissura após o início da abstinência.....	41
4.3 Duração da fissura.....	42
5 Estratégias para evitar a fissura e estratégias para diminuir o risco durante a fissura.....	43
6 Diferenças entre homens e mulheres durante a fissura.....	45
7 Fissura e comportamento de risco.....	47
<b>Parte 2: Entrevistas com usuários e ex-usuários de crack.....</b>	<b>49</b>
1 Dados sócio-demográficos.....	49
2 Histórico do uso de drogas.....	52
3 Efeitos do crack.....	53
3.1 A individualidade da nóia.....	53
3.2 O lugar do prazer.....	58
3.3 A fissura como efeito do crack.....	60
4 Atrativos do crack.....	61
5 Tolerância e sensibilização aos efeitos do crack.....	63
6 A fissura por crack.....	64
6.1 Fissura, rebaixamento de valores e comportamento de risco.....	68
6.2 Fissura e agressividade.....	73
6.3 Fissura induzida pelo próprio efeito do crack e <i>binge</i> .....	74
6.4 A labilidade do controle da fissura.....	76
6.5 Estratégias para controlar a fissura por crack ou para impedir o seu desenvolvimento.....	77
6.6 Fases da fissura no uso de crack.....	80

6.6.1 Fase do consumo de crack em que a fissura começa a aparecer.....	80
6.6.2 Tempo que o indivíduo leva para entrar em fissura após o início da abstinência.....	80
6.6.3 Duração da fissura.....	81
6.7 Diferenças entre homens e mulheres durante a fissura.....	82
6.7.1 Mulheres: fases hormonais, gestação e fissura por crack.....	82
<b>5 DISCUSSÃO.....</b>	<b>84</b>
<b>6 CONCLUSÃO.....</b>	<b>96</b>
<b>7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>98</b>

## **ANEXOS**

Anexo 1: Roteiro de entrevista aplicado aos informantes-chave

Anexo 2: Roteiro de entrevista aplicado à amostra de usuários e ex-usuários de crack

Anexo 3: Termo de consentimento livre e esclarecido

Anexo 4: Parecer do Comitê de Ética da UNIFESP

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição dos entrevistados.....50 e 51

Tabela 2: Frequência de gênero, idade, escolaridade, ocupação e tempo de uso.....51

## LISTA DE FIGURAS

<u>Figura 1</u> : Sistema dopaminérgico mesocorticolímbico.....	11
<u>Figura 2</u> : Matriz de análise de dados.....	36

CHAVES, Tharcila Viana

**A vivência da fissura por crack: rebaixamento de valores e estratégias utilizadas para o controle** / Tharcila Viana Chaves – São Paulo, 2009. xi, 103 p.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia.

*Living with cravings for crack: lowering of values and control strategies used.*

1. Cocaína crack 2. Conduta adictiva 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias 4. Comportamento obsessivo 5. Pesquisa qualitativa

## **A VIVÊNCIA DA FISSURA POR CRACK: REBAIXAMENTO DE VALORES E ESTRATÉGIAS UTILIZADAS PARA O CONTROLE**

### **RESUMO**

**Objetivo:** Entender, através do discurso de quem já consumiu crack: como a fissura se processa, quais os comportamentos desenvolvidos sob fissura e quais as estratégias utilizadas pelo usuário para interferir na fissura.

**Metodologia:** Estudo qualitativo com amostra intencional por critérios, constituída por usuários (n=31) e ex-usuários (n=9) de crack, de ambos os sexos, com idade entre 18 e 50 anos. Os investigados, pertencentes a 12 cadeias distintas, foram recrutados pela técnica da bola de neve e foram submetidos à entrevista semi-estruturada em profundidade, até que fosse atingido o ponto de saturação teórica da amostra. Após a transcrição literal das entrevistas, seguiu-se a análise do conteúdo para assim se elaborar inferências e hipóteses alicerçadas nesses discursos.

**Resultados e Discussão:** Os 40 entrevistados estavam igualmente distribuídos quanto ao gênero, abrangiam todos os níveis de escolaridade e a maior parte possuía poucos recursos financeiros. Além da fissura sentida na abstinência de crack e da fissura induzida por pistas ambientais e emocionais, já conhecidas, constatou-se um terceiro tipo de fissura, a induzida pelo próprio efeito do crack. Assim que o usuário dá a primeira tragada desenvolve uma compulsão pelo consumo, levando-o ao uso ininterrupto, até que o estoque de droga acabe ou ele chegue à exaustão. Este tipo de fissura apareceu como um forte fator mantenedor dos episódios *binge* de consumo, os quais foram os maiores responsáveis pelo rebaixamento de valores do usuário, sujeitando-os a práticas não convencionais para a obtenção da droga e a fortes eventos de agressividade. Os entrevistados não só possuem estratégias para o alívio da fissura, como também possuem táticas para evitar o seu desenvolvimento, tanto de ordem farmacológica quanto comportamental.

**Conclusões:** A fissura por crack, entre outros sintomas, desencadeia compulsão, comportamento de risco, sofrimento, agressividade e padrão *binge* de consumo, o qual pode estar relacionado ao desenvolvimento de

dependência. Os *binges* de consumo de crack podem ser causados pela fissura induzida pelo próprio efeito do crack. A existência de medidas do próprio usuário para lidar com a sua fissura por crack pode ser uma ferramenta importante para o aprimoramento de seu tratamento.

**Palavras-chave:** cocaína crack, conduta adictiva, transtornos relacionados ao uso de substâncias, comportamento obsessivo, pesquisa qualitativa.

## **LIVING WITH CRAVINGS FOR CRACK: LOWERING OF VALUES AND CONTROL STRATEGIES USED**

### **ABSTRACT**

**Objective:** To understand, through the discourse of individuals who have already consumed crack: how their cravings proceed; what behavioral patterns are developed with such cravings and what strategies users follow to hold back their cravings.

**Methodology:** This was a qualitative study using an intentional sample with selection criteria, composed of crack users (n=31) and former users (n=9) of both sexes, aged 18 to 50 years. The subjects belonged to 12 different chains and were recruited using the snowballing technique. In-depth semi-structured interviews were held with recruits until the theoretical data saturation point of the sample was reached. The interviews were transcribed literally and the scripts then underwent content analysis in order to elaborate grounded inferences and hypotheses from the discourse.

**Results and Discussion:** The interviewees were equally distributed regarding gender. They ranged over all educational levels and most of them had little money. In addition to the known cravings felt through abstaining from crack and through environmental and emotional paths, a third type of craving was observed, induced by the effect of the crack itself. As soon as the users took the first drag, they developed a compulsion to consume it, leading them to uninterrupted use until the supply ran out or they reached exhaustion. This type of craving appeared to be a strong factor in maintaining episodes of bingeing. Such episodes were the greatest factors responsible for lowering users' values, thereby impelling them to act unconventionally to obtain the drug, with highly aggressive events. The interviewees not only had strategies for relieving their cravings, but also had tactics to avoid their development, both of pharmacological and of behavioral nature.

**Conclusions:** The craving by crack, among other symptoms, triggers compulsion, risk behavior, suffering, aggression and binge pattern of consumption, which may be related to the development of dependence.

Bingeing on crack may be caused by the craving that the effect of the crack itself induces. Users' own measures for dealing with their cravings for crack may constitute an important tool for improving their treatment.

**Key words:** crack cocaine, addictive behavior, substance-related disorders, obsessive behavior, qualitative research.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 A fissura por uma substância

Sendo um dos aspectos mais angustiantes da dependência, a fissura por uma substância é um dos seus determinantes mais complexos [1]. Usa-se o termo "fissura" para descrever várias situações como gostar, querer, sentir urgência, ter necessidade, ter intenção ou ter compulsão em usar uma droga [2]. O texto revisado do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-IV-TR) apresenta uma definição breve: "*um forte impulso subjetivo para usar uma substância*" [3]. Seibel e Marques [1] ampliam-na, descrevendo a fissura como sendo "*um estado subjetivo e peculiar, um desejo intenso, uma necessidade imperiosa, uma urgência em usar novamente a droga*". Essa subjetividade confere à fissura um papel ainda indefinido quanto à sua importância no comportamento de busca e auto-administração de uma determinada substância. De acordo com Graeff e Guimarães [4], uma condição necessária para o desenvolvimento de dependência é que a droga seja administrada pelo próprio sujeito.

Atualmente existe uma falta de consenso no meio científico sobre a importância da fissura na manutenção da dependência, dificultando a formulação de um conceito aceito universalmente [1, 2, 5-7]. Alguns autores, ao definirem dependência, utilizam-se de expressões ligadas à fissura, como perda de controle e compulsão em procurar e usar uma substância [8], assim como outros que conferem um caráter patológico à fissura [9, 10], estabelecendo assim uma íntima relação entre fissura e dependência.

Por outro lado, existem autores que não acreditam que todo consumo de drogas seja precedido por fissura [11, 12] e que assim, a fissura não é necessária para que o dependente se auto-administre uma determinada substância, desconstruindo a relação fissura-dependência. Por exemplo, o modelo de processamento cognitivo propõe que após uma longa história de uso de uma droga, muitas das ações envolvidas na aquisição e consumo da substância tornam-se automáticas para os dependentes (assim como dirigir um carro se torna automático com o tempo e com a experiência). Conseqüentemente, as ações de um dependente, tanto no uso regular como nas recaídas, não devem ser vistas como conseqüências da fissura, mas um exemplo de comportamentos exibidos durante a execução de qualquer habilidade automática. O ponto central deste modelo é a afirmação de que a fissura não é necessária para a procura e para o uso de drogas. Tiffany [12] afirma que estudos feitos em laboratório sobre fissura e consumo de álcool e estudos sobre fissura e recaída em humanos mostram uma forte evidência de que a fissura não é a responsável pelo uso de álcool em alcoolistas. Esta teoria é comumente vista como pessimista sobre o papel da fissura em recaídas [2].

Considerando estreita a relação entre fissura e dependência, segue uma apresentação do que foi achado de relevante na literatura, enfatizando-se a teoria de incentivo-sensibilização proposta por Robinson e Berridge [13, 14].

### **1.1.1 Relação fissura-dependência**

Stahl [15] define dependência como *"um estado fisiológico de neuroadaptação produzido pela administração repetida da droga, que exige administração contínua para evitar o aparecimento da síndrome de*

*abstinência*". O mesmo autor afirma que a fissura ("*anseio pela substância*") é um dos sinais desta síndrome.

Segundo Graeff e Guimarães [4], a fissura depende: a) do tipo de droga consumida (sendo as fissuras por opióides, psicoestimulantes, álcool e nicotina particularmente intensas), b) de influências genéticas e c) da personalidade básica do indivíduo, fatores estes que também determinam a vulnerabilidade à dependência. Os autores ainda afirmam que o tipo mais sujeito a risco de dependência é aquele com uma personalidade anti-social. Estes indivíduos combinam impulsividade, isto é, tendência extrema de busca de novidade e prazer, com destemor, ou seja, baixa capacidade de evitar punições, necessitando de um alto nível de estimulação para se sentirem bem.

É importante salientar que o uso de droga psicoativa não leva necessariamente à dependência. A maioria das pessoas consegue controlar o uso dessas substâncias [4, 8]. O "II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005" [16] realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em parceria com a Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD – hoje chamada de Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), relatou que, dos 7.939 entrevistados, quanto ao uso na vida (ter usado a substância pelo menos uma vez na vida), 2,9% já haviam usado cocaína e 0,7% já haviam usado crack. O citado levantamento do CEBRID e da SENAD também mostra que menos de 0,2% do total de entrevistados preencheu os critérios de dependência de cocaína e de crack. No levantamento anterior a este, realizado em 2001 [17], 2,3% da população estudada havia feito uso de

cocaína na vida, porém "os dados referentes à dependência de cocaína não foram apresentados devido às prevalências serem muito baixas em todas as faixas etárias". Estes dados explicitam que de fato o uso de uma substância psicoativa na vida não leva sempre à dependência desta substância.

Muitas pesquisas em torno do ciclo uso-abuso-dependência tentam explicar os mecanismos celulares e moleculares que mediam a transição do uso ocasional e controlado (uso recreativo) para a perda de controle sob o comportamento de busca e consumo da droga que caracteriza a dependência [8]. A fissura contribui para as recaídas, uma vez que este desejo por mais droga apresenta traços compulsivos e de difícil controle [4], dificultando assim a manutenção da abstinência. Existem alguns modelos teóricos que explicam a fissura e há evidências de sua multidimensionalidade. Por esta razão, para o seu manejo tem sido proposta a utilização de diversas referências ou modelos mistos de abordagem [1]. De acordo com Seibel e Marques [1], levando-se em consideração os componentes biológicos, psicológicos, ambientais e sociais, o modelo ideal do fenômeno seria aquele que incluísse todos estes aspectos no estudo e na avaliação da fissura.

### **1.1.2 Teoria de incentivo-sensibilização: "gostar" versus "querer"**

Uma droga com potencial de causar dependência é uma substância que produz prazer, quer seja lícita ou ilícita, que afeta a química do prazer e da recompensa no cérebro. Essas drogas ativam vias cerebrais associadas com bem-estar, prazer e euforia. O prazer serve para recompensar a realização de um impulso instintivo, adiciona interesse ao aprendizado e motiva o comportamento para atividades recompensadoras. Para uma droga ter

potencial de abuso, ela deve interagir com a química dos centros de recompensa e prazer do cérebro [18].

Stalcup *et al.* [18] e Anton [6] sugerem que a fissura seja resultado de mudanças neuroadaptativas induzidas por uma superestimulação da química de recompensa, causada pela presença prolongada de uma droga nesta região. Estas mudanças provocariam um desequilíbrio na atividade cerebral, causando a fissura.

O desejo compulsivo pode refletir não somente a motivação positiva em sentir novamente os efeitos prazerosos da droga, mas também uma motivação negativa, em que se procura evitar as sensações desagradáveis da retirada [4, 19], pois a fissura é um dos sintomas da síndrome de abstinência [8,20].

No entanto, Robinson e Berridge [13, 14] afirmam que o comportamento compulsivo de procura e uso de uma droga que caracteriza a dependência não é sempre motivado pelo desejo de obter prazer ou pelo desejo de aliviar os sintomas de abstinência. Então, por que os dependentes procuram compulsivamente por drogas? Robinson e Berridge [13, 14] propõem o conceito de "incentivo-sensibilização", o qual pode ser resumido em quatro pontos:

- 1) As drogas com potencial de abuso dividem a habilidade de produzir mudanças duradouras na organização do cérebro;

- 2) Os sistemas cerebrais que sofrem alterações incluem aqueles envolvidos no processo de incentivo-motivação e recompensa;

3) As neuroadaptações críticas da dependência tornam esses sistemas cerebrais de recompensa hipersensíveis ("sensibilizados") às drogas e aos estímulos associados a elas;

4) Os sistemas cerebrais sensibilizados não mediam os efeitos euforizantes ou prazerosos das drogas ("gostar" das drogas), ao invés disto, eles mediam um subcomponente da recompensa que Robinson e Berridge nomearam "incentivo-saliência" ou "querer". Eles afirmam que os processos psicológicos do incentivo-saliência são responsáveis especificamente pelo comportamento instrumental de procura e uso da droga.

Robinson e Berridge [13, 14] levantaram a hipótese de que, quando sensibilizado, esse processo de incentivo-saliência produz padrões compulsivos de comportamento de procura à droga. Através do aprendizado associativo, o valor aumentado do incentivo se torna focado especificamente em estímulos relacionados à droga, levando a padrões compulsivos cada vez maiores de procura e uso da droga. Além disso, existe a hipótese de que a persistência da sensibilização neural deixa os dependentes suscetíveis às recaídas mesmo após um longo período da descontinuação do uso da droga.

O substrato neural responsável pelos efeitos de recompensa das drogas é o sistema mesotelencefálico dopaminérgico e especificamente as projeções dopaminérgicas no nucleus accumbens e no circuito relacionando ao accumbens, chamado de sistema dopaminérgico mesolímbico ou sistema dopaminérgico mesocorticolímbico (figura 1) [8, 13]. Os efeitos reforçadores das drogas também sofrem sensibilização. A sensibilização comportamental está associada com neuroadaptações nos circuitos dopaminérgicos. Este dado

é importante porque está bem estabelecido que esses sistemas neurais possuem um relevante papel na mediação dos efeitos reforçadores das drogas e outros incentivos. Por exemplo, a sensibilização causada pela cocaína é acompanhada por modificações estruturais persistentes na morfologia dos neurônios do nucleus accumbens e do córtex pré-frontal [13].

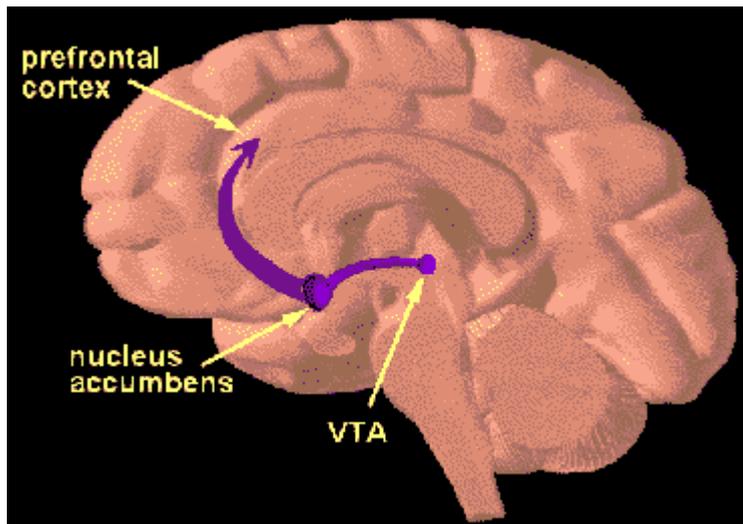


Figura 1: O sistema dopaminérgico mesocorticolímbico origina-se na área tegmental ventral (VTA) e projeta-se até o nucleus accumbens. A partir daí ramifica-se para todo o córtex pré-frontal e sistema límbico [21].

Duas características da sensibilização merecem destaque [13]:

1) A enorme variação individual na suscetibilidade à sensibilização (devido a alguns fatores como a genética e os hormônios). A teoria do incentivo-sensibilização acredita que os fatores que tornam as pessoas suscetíveis à sensibilização também contribuem para a variação individual na suscetibilidade à dependência.

2) A sensibilização não é uma consequência inevitável da exposição repetida às drogas. Ao invés disso, a habilidade das drogas em induzir ou expressar a sensibilização é fortemente modulada pelo aprendizado e pelas circunstâncias que rodeiam a administração de drogas. A habilidade de um sistema neural sensibilizado tomar o controle sobre o comportamento é constantemente modulada por estímulos ambientais que foram associados à administração da droga. Deve ser essa interação da sensibilização neural com o aprendizado associativo a responsável pelo foco em estímulos associados à droga nos dependentes, em que atos e objetos associados ao uso de drogas se tornam incentivos especialmente fortes.

A habilidade do contexto em atuar como um gatilho para o uso e em modular a sensibilização poderia interagir com a habilidade de estímulos condicionados especificamente associados às drogas em desencadear a fissura como uma resposta classicamente condicionada, combinando em providenciar um controle contextual muito forte sobre a fissura e a recaída [8, 22].

As drogas de abuso têm a habilidade de produzir neuroadaptações persistentes em regiões do cérebro envolvidas no processo de incentivo-motivação e recompensa, adaptações que tornam essas regiões hipersensibilizadas ("sensibilizadas"). A posição da teoria de incentivo-sensibilização postula que a sensibilização do substrato neural que media o reforço da droga faz com que o uso repetido de drogas as torne gradualmente mais e mais atrativas (ou seja, elas adquirem valores de incentivo cada vez maiores) e são capazes cada vez mais de controlar o comportamento. Além

disso, a sensibilização aumenta a probabilidade de recaída, mesmo após um longo período de descontinuação do uso da droga [8, 13].

A predição crítica feita pela teoria do incentivo-sensibilização da dependência é esta: o cérebro dos dependentes humanos que fissuram compulsivamente a droga contém um substrato neural que foi sensibilizado pela droga. Um papel do substrato neural é mediar o incentivo-saliência da recompensa da droga [13, 22]. Além disso, os indivíduos diferem na suscetibilidade para a sensibilização do substrato neural e aqueles que sensibilizam mais rapidamente estão sob maior risco de se tornarem dependentes [13].

A teoria de incentivo-sensibilização afirma explicitamente que o efeito hedônico, o prazer subjetivo ou o "gostar" não é um componente de recompensa que é sensibilizado na dependência. Na verdade, a teoria coloca a hipótese de que um componente do incentivo-motivação é sensibilizado na dependência, um componente que Robinson e Berridge [14] chamam de "querer".

Há evidências de que o processo psicológico e o substrato neural responsáveis pelo comportamento de motivação e em determinar o valor de incentivo ("querer") estão separados dos processos psicológicos e substratos neurais que mediam o prazer ("gostar"). Por exemplo, drogas de abuso promovem um comportamento de busca e uso mesmo na ausência de qualquer efeito prazeroso, o que não é consistente com a noção de que os efeitos de reforço positivo das drogas são diretamente proporcionais aos seus efeitos prazerosos. Além disso, existem evidências consideráveis de que

manipulações na neurotransmissão dopaminérgica exercem fortes efeitos no comportamento de motivação ("querer") sem mudar as reações hedônicas básicas ("gostar"). É por causa dessa dissociação entre o valor de incentivo das drogas e sua habilidade de proporcionar prazer que os autores sugerem uma distinção entre "querer" e "gostar" [8, 13].

Os processos psicológicos e neurais envolvidos no "querer" envolvem a atribuição de saliência atrativa ao estímulo e suas representações, um processo que os autores chamam "atribuição de incentivo-saliência". É a atribuição de incentivo-saliência que transforma os fatores sensitórios de estímulos ordinários em estímulos salientes, estímulos que "chamam a atenção", que se tornam especialmente atrativos e desejados e assim guiando o comportamento ao objetivo. É o incentivo-saliência que determina o valor dos incentivos e que controla o comportamento de sua procura. Desta maneira, quando os sistemas neurais que mediam o incentivo-saliência se tornam sensibilizados e se o incentivo-saliência atribuído ao uso de drogas e ao estímulo associado se torna patologicamente amplificado, então a compulsividade na procura e no o uso de drogas acontece [13, 22].

Isto pode acontecer como um processo motivacional inconsciente, isto é, esses processos psicológicos às vezes operam fora da consciência. É por este motivo que os dependentes não entendem porque eles querem tanto as drogas. Os dependentes podem relatar que se sentem miseráveis, que sua vida está em ruínas e que a droga não é mais tão agradável, mesmo assim eles se sentem perturbados pela intensidade de seu comportamento compulsivo [8, 13].

Em resumo, o maior fator da visão de incentivo-motivação é que existem no mínimo dois processos psicológicos distintos envolvidos na recompensa. O primeiro é o prazer subjetivo ("gostar") e o segundo é a atribuição de incentivo-saliência ("querer"). Esses dois processos psicológicos são mediados por sistemas neurais diferentes. Além disso, os sistemas neurais que são sensibilizados pelas drogas aditivas são os mesmos que estão envolvidos especificamente na atribuição de incentivo-saliência. Os sistemas neurais que mediam o prazer subjetivo não parecem se sensibilizar. Deve ser por isso que a dependência é caracterizada por uma dissociação cada vez maior entre o valor de incentivo das drogas (o quanto elas são desejadas) e seus efeitos prazerosos subjetivos (o quanto se gosta delas). Com o desenvolvimento da dependência, as drogas se tornam patologicamente desejadas (fissura) e isso acontece mesmo se seus efeitos forem cada vez menos prazerosos [13].

## **1.2 Da cocaína ao crack: a grande jogada de marketing**

### **1.2.1 A cocaína**

A planta de coca é um arbusto originário da América do Sul, cujas folhas são utilizadas pelas suas propriedades estimulantes por nativos desta região, particularmente aqueles que vivem em elevadas altitudes, que as utilizam para reduzir a fadiga durante o trabalho [23, 24]. O uso religioso também ocorre, sendo o uso de coca uma das formas de manifestação da cultura deste povo. A coca é considerada uma planta divina e é um dos elementos usados no xamanismo [23].

A cocaína é um alcalóide encontrado no arbusto de coca que atua inibindo os transportadores de monoaminas, especialmente a dopamina [15],

aumentando a sua disponibilidade no nucleus accumbens e na amígdala [8]. Exerce acentuado efeito estimulante psicomotor, causando euforia, loquacidade, aumento da atividade motora e prazer. Esses efeitos são devidos principalmente à inibição da captação neuronal de dopamina, principal responsável pelos efeitos reforçadores da cocaína [8], apesar de a cocaína também inibir a captação de noradrenalina (resultando em taquicardia, vasoconstrição e elevação da pressão arterial) e serotonina (neurotransmissor também envolvido na produção de euforia) [8, 24].

A edição de 1980 do "*Comprehensive Textbook of Psychiatry*" afirmava: "*usada não mais do que duas a três vezes por semana, a cocaína não cria sérios problemas. [...] O abuso crônico de cocaína não parece ser um problema médico.*" [8]. O médico austríaco Sigmund Freud [25] considerava a cocaína uma substância com amplo espectro de ação na medicina, recomendando o seu uso no tratamento da dependência de morfina (pois acreditava que a cocaína diminuía o desejo irresistível e outros sintomas da síndrome de abstinência), para se aumentar a capacidade física, em transtornos digestivos, na asma, como afrodisíaco e como anestésico local, sendo seu uso considerado seguro e promissor. Anos mais tarde, surgiam os primeiros casos de dependência de cocaína, colocando em xeque a inocuidade desta substância e fazendo Freud retratar-se junto à comunidade médica.

### **1.2.2 O uso de cocaína fumada**

A pasta de coca (ou base, um pó marrom feito com as folhas de coca) também é usada por alguns povos da América do Sul, que a fumavam misturada com maconha ou tabaco [23]. Algum alquimista, supõe-se que

tentando fazer pasta de coca, descobriu a *freebase* ou base livre da cocaína, uma forma mais pura e mais concentrada de cocaína (os solventes e outros resíduos do processo de extração da folha são retirados na técnica de obtenção). Após passar por uma reação química (mistura-se o cloridrato de cocaína com água, éter e uma substância de caráter básico - hidróxido de sódio ou amônia; após a secagem da fase orgânica, sobram os cristais de base livre da cocaína), o alcalóide era "libertado" do cloridrato, resultando na cocaína "libertada" ou base livre [23, 26]. Quando aquecidos, esses cristais de base livre de cocaína sublimam-se, possibilitando a sua inalação [8].

Em 1974, iniciou-se o uso recreacional de base livre, isto é, começou-se a fumar cocaína sob a forma de base livre. A base livre produz um efeito mais rápido e mais prazeroso do que cheirando ou injetando a droga. Sabe-se que fumar qualquer droga leva doses maiores mais rapidamente ao cérebro do que qualquer outra via de administração, pois através da absorção pulmonar a substância não passa pela grande circulação, caindo diretamente na pequena circulação. No entanto, sua preparação gastava muito tempo, era cara e perigosa, pois éter (um líquido altamente inflamável) era usado na sua produção [26].

O crack é uma forma da base livre que é facilmente produzida através de um procedimento não perigoso, pois não emprega éter. Na década de 70, em Los Angeles, ele era preparado através do "método do bicarbonato de sódio". A cocaína em pó era misturada com bicarbonato de sódio e água para formar uma pasta. A mistura era então aquecida até secar. Quando seca, a mistura se tornava sólida, podia ser quebrada em pedras e assim ser fumada.

Muitos usuários chamavam o crack obtido pelo método do bicarbonato de sódio de "lixo da base livre" por causa das impurezas que ele continha. Ele era muitas vezes descartado como um produto inferior. Seu nome surgiu por causa do barulho que as pedras fazem ao serem fumadas devido à presença de bicarbonato ("*a crackling sound*") [26].

Leva de 8 a 10 segundos para a cocaína chegar ao cérebro quando o crack é fumado. O efeito dura de 2 a 5 minutos, seguido de uma rápida depressão e fissura por mais droga. São comuns os casos em que o usuário fica dependente rapidamente de crack e exibe reações psiquiátricas severas como paranóia, depressão profunda e instabilidade emocional. Alguns problemas médicos também são observados, como aumento da pressão arterial, ataques cardíacos, infartos e prejuízos aos pulmões [20, 26].

O excesso de atividade de dopamina na via mesolímbica é possivelmente a causa da psicose paranóide típica do efeito do crack. Quando a cocaína é usada por períodos muito longos, os receptores dopaminérgicos sofrem um processo de dessensibilização, como se estivessem adaptados à exposição crônica. Após consecutivos *binges* (episódios de uso intenso de crack) seguidos de abstinência, esses receptores mediam síndromes de abstinência cada vez mais incômodas [15]. A retirada do crack produz muitas mudanças comportamentais, mas poucos sintomas físicos [8].

### **1.2.3 O acidente de Richard Pryor e a jogada de marketing**

O perigo no processo de obtenção da base livre foi dramaticamente revelado em junho de 1980 quando foi noticiado que o comediante Richard Pryor acidentalmente colocou fogo em si mesmo enquanto fazia base livre. O

comediante sofreu queimaduras de terceiro grau ao usar uma tocha de butano para aquecer a base livre que ele estava preparando com éter. Essa ocorrência resultou em várias manchetes nos Estados Unidos e chamou a atenção do público em geral para os perigos de produzir base livre. O evento fez com que os usuários passassem a cobrar dos traficantes que eles convertessem a cocaína em pó para base livre com antecedência para assim se evitar o perigo associado ao processo [26].

O crack se tornou popular provavelmente porque ele é fácil e seguro de ser produzido, é barato e ainda é fácil de ser administrado (é fumado). Além disso, ele produzia rápida e intensamente o bem-estar, fazendo com que os usuários, em um prazo muito curto, fissurassem por mais. Os traficantes logo reconheceram o potencial do mercado de crack, capitalizaram a droga, que quase imediatamente gerou grande demanda. Enquanto o cloridrato de cocaína era caro e considerado uma droga "segura" e "da moda" na elite, o crack, por sua vez, tinha um preço acessível a todas as classes sociais [26]. O crack foi uma inovação de marketing, pois é uma forma de se vender uma mercadoria cara e emergente (a cocaína em pó) em pequenas e baratas unidades que proporcionam um efeito de início rápido, de maior intensidade quando comparado à cocaína aspirada e de curta duração [27].

Em 1979, Ronald Siegel [28] deu o primeiro alerta clínico sobre a prática de se fumar base livre. Dependendo da personalidade do indivíduo e da dose de cocaína fumada, a pessoa também pode experimentar episódios de mania, disforia (um estado de infelicidade) e psicose paranóide (uma desconfiança irracional dos outros) [26, 28].

Nos anos de 1986 e 1987, considerou-se que o crack estava atingindo proporções epidêmicas nos Estados Unidos. James Inciardi afirmou em artigo para a revista *Newsweek* que o crack era a maior história desde o Vietnã e a queda do presidente estadunidense Richard Nixon [26, 29]. Alguns meios de comunicação compararam a difusão do uso de crack com as pragas na Europa Medieval [29].

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 (além da pedra de crack, o farelo ou pó de crack) que, por possuir um preço menor, têm contribuído à maior oferta da droga, parecendo refletir o aumento de sua procura e prevalência de uso. Quanto às formas de uso, o compartilhamento de cachimbos aumenta a possibilidade de transmissão de doenças infectocontagiosas (hepatite, por exemplo). Soma-se a isto 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 pode dificultar a recuperação do usuário e retardar sua reinserção social [30].

### **1.3) De remédio a veneno: a exposição a riscos na fissura por crack**

De acordo com Spink [31]:

*"[...] a humanidade sempre enfrentou perigos diversos, sejam os riscos involuntários decorrentes de catástrofes naturais [...] sejam aqueles associados às guerras, às vicissitudes da vida cotidiana ou ainda os voluntários, decorrentes do que chamaríamos hoje de 'estilo de vida'. Entretanto, esses eventos não eram denominados riscos. Eram referidos*

*como perigos, fatalidades, hazards ou dificuldades [...]" (SPINK, 2001, p.1279)*

Segundo a autora, a palavra "risco" surgiu para se falar de *"eventos vindouros, em um momento histórico onde o futuro passava a ser pensado como passível de controle"* [31]. Ayres [32] acredita que a aplicação de métodos probabilísticos ao raciocínio causal em saúde, realizado pelo conceito de risco, foi resultado da expansão da necessidade de controle tecnológico a regiões do conhecimento nas quais os procedimentos científicos não lograram construções conceituais ou experimentais conclusivas. O conceito de risco envolve a sofisticação da estatística e seu uso como ciência do Estado [31].

Maurice Bédart [apud 31] disse: *"Dançar a beira de um vulcão é a mais bela metáfora que conheço para risco. E ter coragem de correr riscos é a maior motivação para toda a dança"*. Hoje, depara-se com novas modalidades de aventuras, seja na vertente dos esportes radicais, seja na busca de emoção exacerbada pelo uso de drogas. É a busca de significado para a vida no enfrentamento da morte. Quando o sentido da vida escapa, metaforiza-se a morte por meio de uma troca em que o indivíduo aceita que, para poder tudo ganhar, arrisca-se tudo perder [31].

A idéia de risco vem como uma referência objetiva sobre que atributos e condições devem receber a qualificação de "saudáveis" e, enquanto tal, se tornarem objetivos a serem perseguidos pelas práticas-médicos sanitárias [33]. Ayres [32] faz uma boa observação quanto às conseqüências disto na sociedade:

*"[...] a narrativa midiática do risco patrocina um auto-exílio de nossa ocupação cotidiana com*

*saúde em um território de existência virtual, onde uma permanente e generalizada quase-doença, que só podemos surpreender na singularidade do que cada um de nós faz, pensa e sente, nos mantém ocupados em vigilantes cálculos sobre como alcançar a boa vida. Enquanto isso, a vida, boa ou não, acontece."* (AYRES, 2007, p.155)

Colocando o foco nos usuários de drogas, mais especificamente, nos usuários de crack, o risco, como caracterizado por Spink [31], é percebido quando a busca de emoção exacerbada através do uso de crack é o próprio significado da vida, mantendo-o a qualquer custo. É típico do usuário de crack usar a droga enquanto se tem um suprimento dela ou meios para comprá-la (dinheiro, pertences pessoais, serviços sexuais, objetos roubados). É raro os usuários consumirem um único trago de crack [34]. O padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo de crack, chamado de *binge* [23], pode ser provocado pela fissura e pode durar dias, só finalizando quando o suprimento de droga termina ou quando o usuário está completamente exaurido [35].

Durante este ciclo de uso intenso, os usuários de crack raramente dormem ou comem. A tendência de se fazer *binges* de uso de crack durante dias consecutivos e sem intervalos, negligenciando comida, sono e higiene básica, compromete severamente a saúde física. Conseqüentemente, os usuários de crack apresentam-se magros e pálidos a maior parte do tempo, pois perdem o interesse na sua aparência física. Muitos têm feridas no rosto, braços e pernas resultantes de queimaduras e de coçarem a pele para remover insetos que acreditam estar embaixo dela. São comuns os usuários de crack que possuem os pêlos faciais, o lábio e a língua queimados (por acenderem

seus aparatos de fumo sem muito cuidado e devido às altas temperaturas do cachimbo) e muitos parecem tossir constantemente [34].

Em usuários de crack, parece não haver dúvida sobre a associação da fissura com a dependência. A forte intensidade e a curta duração dos efeitos prazerosos favorecem o desenvolvimento da fissura, a qual os leva a consumir muito mais droga do que pelas outras vias de administração de cocaína, prolongando o uso até o esgotamento físico, psíquico ou financeiro. O pensamento dos usuários foca-se no consumo de crack, de forma que as necessidades básicas do ser humano, como sono, alimentação, afeto, senso de responsabilidade e sobrevivência perdem o valor [36, 37].

A urgência pelo crack e a falta de condições financeiras para suprir sua demanda colocam o usuário numa situação de bastante fragilidade, na qual ele se submete à realização de estratégias não convencionais para obtenção da droga [36, 37], podendo levá-lo a situações de risco (tráfico de drogas, prostituição) e ao desenvolvimento de violência (assaltos, brigas). A psicose desenvolvida (caracterizada por uma paranóia) e a fissura por crack ocorrem de forma muito rápida e intensa (devido à administração por inalação), assim como o uso compulsivo e a decorrente dependência de crack [26, 36].

Os usuários ativos de crack freqüentemente se empenham em comportamentos de risco para manter seus padrões de consumo. Um grande exemplo disto é o conflito de alto risco que a prática de prostituição sob o efeito de drogas representa, uma vez que o julgamento e a habilidade de praticar sexo seguro estão comprometidos. Ademais, o ato de fumar crack causa cortes e feridas nos lábios e na boca daqueles que o fumam e tais feridas podem

facilitar a transmissão oral de doenças infectocontagiosas, como a AIDS [38, 39].

A descrição anterior, abordando a cultura do uso de crack, revela a presença de riscos (tais como descritos por Spink [31]) a todo o momento. O sentido da vida não está associado à sua preservação, mas reduzido a um único desejo: consumir crack.

Kehl [40] afirma que não existe sociedade humana que não tenha construído mecanismos de escape – ficar num estado de consciência diferente sempre foi considerado, com o objetivo de “*melhorar a realidade a nosso favor*”. Para cada um a droga é um remédio para alguma coisa (alívio de angústias, ansiedade, facilitar a convivência em sociedade). O problema reside no momento em que esse remédio se torna um veneno [40].

## **2 OBJETIVOS**

O objetivo desta pesquisa foi compreender, através do discurso de quem já consumiu crack:

1. Como a fissura se processa,
2. Quais os comportamentos desenvolvidos sob fissura e
3. Quais as estratégias utilizadas pelo usuário para interferir na fissura.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Escolha do método qualitativo**

Pickens e Johanson [5] afirmam que a avaliação inadequada do papel da fissura no uso de drogas é causada principalmente por problemas metodológicos.

O método qualitativo pode ser usado para obter detalhes complexos sobre fenômenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções que são difíceis de extrair ou de descobrir por meio de métodos de pesquisa mais convencionais [41]. Na pesquisa sobre uso de drogas, o método qualitativo procura descrever os significados sociais que os participantes atribuem a este uso e os processos sociais pelos quais estes significados são criados, reforçados e reproduzidos. A investigação qualitativa facilita esta interpretação ao permitir que o pesquisador entenda o uso de drogas pela perspectiva do próprio usuário e assim, a pesquisa qualitativa tem sido muito valiosa em desmistificar o uso de drogas, substituindo estereótipos e mitos por informações mais acuradas que refletem a vida dos usuários de drogas [42].

Devido ao aspecto subjetivo da fissura, levando à necessidade de sua compreensão a partir da descrição e interpretação de quem a vivencia, optou-se pelo método qualitativo [43] no qual o fenômeno é identificado a partir de valores, crenças e representações do indivíduo que já experimentou o fenômeno estudado, no caso, a fissura por crack.

## **3.2 Amostra**

### **3.2.1 Tipo de amostra**

A amostragem qualitativa não privilegia o critério numérico, mas sim a capacidade desta de refletir a totalidade do fenômeno nas suas múltiplas dimensões. Os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer são os componentes desta amostra [44]. Desta forma, em estudos qualitativos são utilizadas amostras intencionais, ou seja, fazem parte da amostra os casos ricos em informação sobre o tema. No presente estudo, a amostra intencional usada foi a amostragem com critérios, isto é, foram selecionados indivíduos ricos em informações e que ainda estivessem dentro de alguns critérios previamente definidos, de importância para o entendimento do assunto [45].

### **3.2.2 Fatores de inclusão na amostra**

Os critérios de inclusão na amostra foram: usuários ou ex-usuários de crack, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, que não apresentassem comprometimento cognitivo grave o suficiente para impossibilitar a realização da entrevista e que houvessem consumido crack pelo menos 25 vezes na vida, permitindo a inclusão de indivíduos que tenham uma história com o crack [46]. Para fins deste trabalho, considerou-se ex-usuário o entrevistado que estava abstinente por um período de no mínimo seis meses anteriores à entrevista.

### **3.2.3 Tamanho da amostra**

O tamanho da amostra em uma investigação qualitativa deve ser o suficiente para garantir a inclusão de todos os perfis a serem analisados. Este

fato pôde ser detectado quando as entrevistas passaram a apresentar redundância nas categorias temáticas, isto é, os discursos não mais contribuíam para informações adicionais. Este é o ponto de saturação teórica. Quando este ponto foi alcançado, as observações a partir dele não mais contribuíram para compreensões adicionais [43-45, 47-49].

Foram entrevistados 40 sujeitos, sendo 31 usuários e 9 ex-usuários. A amostra procurou incluir diversos perfis de entrevistados, abrangendo variações de gênero, faixa etária, escolaridade e classe sócio-econômica. Em torno da trigésima quarta entrevista notou-se que o ponto de saturação teórica havia sido atingido [47]. Para confirmar este fato, deu-se procedimento a mais seis entrevistas.

### **3.2.4 Obtenção da amostra**

#### **3.2.4.1 Informantes-chave e *gatekeepers***

Por se tratar de uma população escondida (devido à própria ilegalidade do uso de crack) utilizaram-se as figuras dos informantes-chave (IC), pessoas que possuem um conhecimento especial da população em estudo [47]. Entrevistá-los forneceu subsídios que facilitaram a elaboração do roteiro de entrevista a ser aplicado aos componentes da amostra e foi o primeiro passo para a obtenção da amostra [43, 45].

Oito profissionais de saúde foram entrevistados e considerados informantes-chave desta pesquisa. Eles receberam um código que os identifica ao longo da exposição dos relatos considerados relevantes. Tomou-se como padrão a letra "T" para os profissionais de tratamento, "P" para os

pesquisadores científicos na área de uso de drogas e "TP" para quem exerce as duas atividades:

- T1: Psicanalista
- T2: Psicóloga terapeuta cognitivo-comportamental
- T3: Psicóloga que trabalha com redução de danos
  
- P1: Biomédico e pesquisador científico
- P2: Biomédica e pesquisadora científica
  
- TP1: Psiquiatra e pesquisador científico
- TP2: Psiquiatra e pesquisador científico
  
- TP3: Psicóloga e pesquisadora científica

A seleção da amostra também foi mediada por *gatekeepers*, facilitadores de acesso à população de usuários de crack [43]. Embora o informante-chave tenha informações sobre a população a ser estudada, não é sempre que o informante-chave está inserido no meio a ser estudado. Por esta razão, a figura do *gatekeeper* se faz necessária: ele faz parte da comunidade, mediou a apresentação da investigadora e também a protegeu. Alguns informantes-chave foram também *gatekeepers* nesta pesquisa. Os outros *gatekeepers* foram: um responsável por um galpão de reciclagem, uma psicóloga que trabalha em um CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas) e também em um hospital psiquiátrico, uma psiquiatra de um hospital geral, uma psiquiatra de uma clínica de tratamento de dependentes, uma amiga pessoal

de uma das investigadoras, uma psicóloga de uma comunidade terapêutica e uma assistente social de um abrigo público para gestantes.

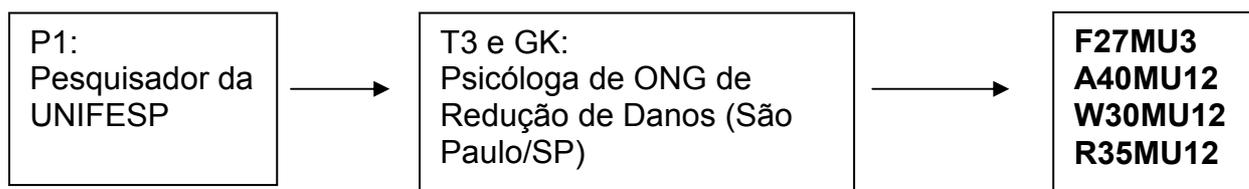
### 3.2.4.2 Recrutamento da amostra

Pela condição especial desta amostra (o fato de ela ser intencional), os investigados foram recrutados por meio da técnica de bola-de-neve [50, 51], onde os primeiros entrevistados indicaram outros que, por sua vez, indicaram outros e assim por diante. A seleção destes indivíduos, dentro de cada cadeia, respeitou os critérios de inclusão da amostra, o princípio da aleatoriedade, o voluntariado e o anonimato.

Desta maneira, foram desenvolvidas 12 cadeias. Cada entrevistado recebeu um código alfanumérico que foi montado baseado no seu nome ou apelido, idade, sexo, relação com o crack no momento da entrevista (usuário ou ex-usuário), tempo de abstinência (no caso de ex-usuários) e tempo de uso, nesta ordem. Por exemplo, a Maria Beltrana tem 24 anos e usa crack há três anos, seu código seria: M24FU3. Outro exemplo: o João Fulano tem 40 anos, usou crack durante 10 anos e está abstinente há nove meses, seu código seria: J40ME9mU10.

### 3.2.4.3 Fluxograma

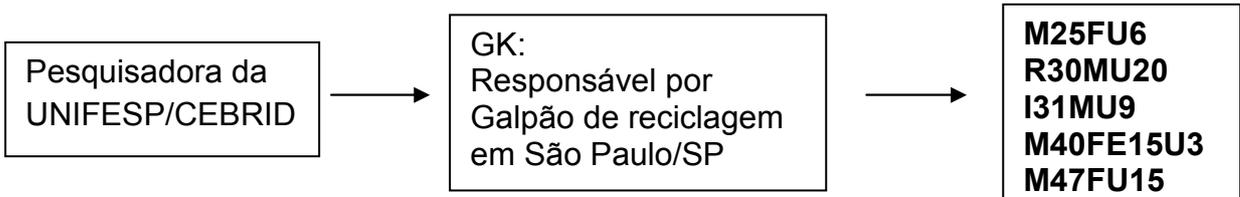
#### Cadeia 1:



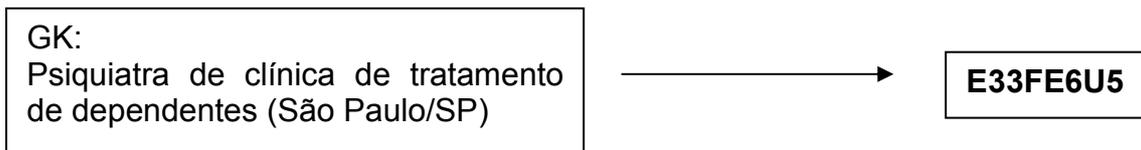
**Cadeia 2:**



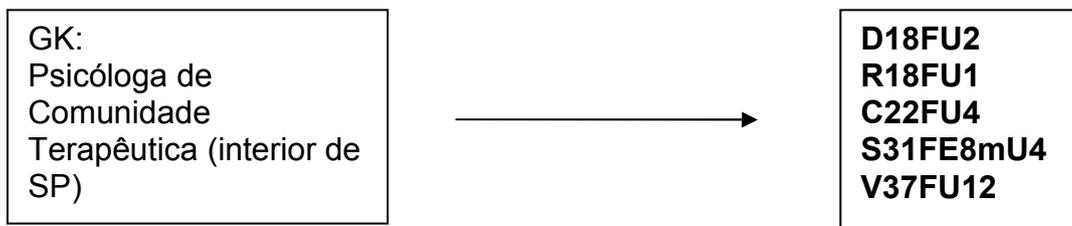
**Cadeia 3:**



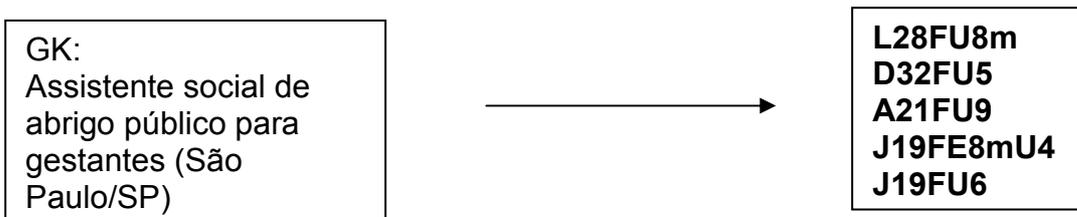
**Cadeia 4:**



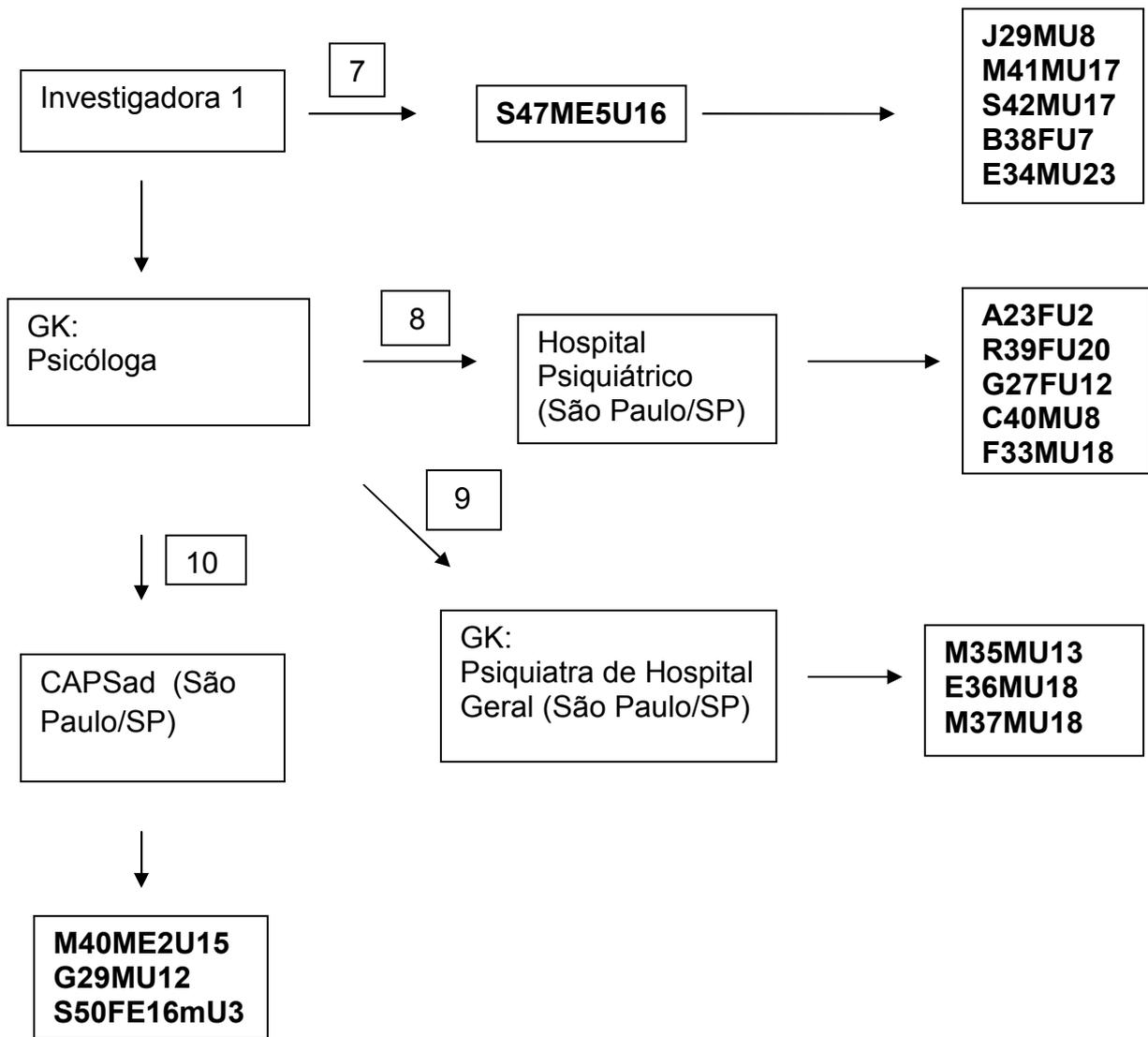
**Cadeia 5:**



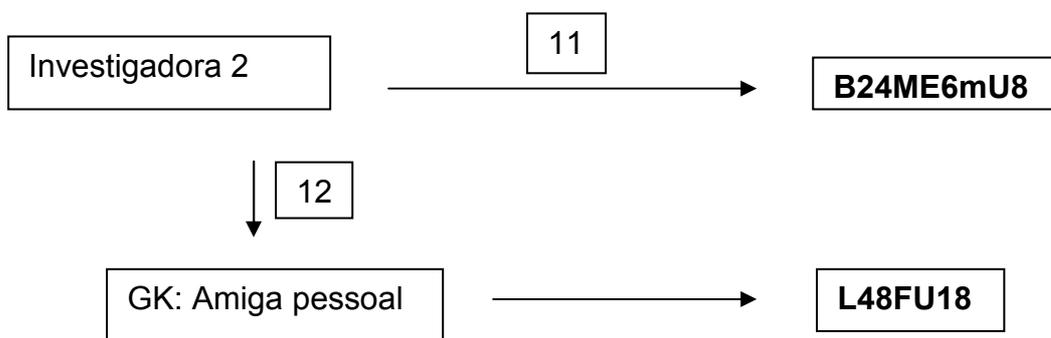
**Cadeia 6:**



**Cadeias 7, 8, 9 e 10:**



**Cadeias 11 e 12:**



### **3.3 Entrevistas**

#### **3.3.1 Entrevistas com informantes-chave**

As entrevistas com os informantes-chave foram semi-estruturadas e direcionadas por um roteiro (anexo 1). Estas entrevistas foram gravadas com a concordância prévia do entrevistado, transcritas e sua análise serviu de base para a elaboração do roteiro de entrevistas que foi aplicado à amostra.

#### **3.3.2 Entrevistas com usuários e ex-usuários de crack**

As entrevistas com a amostra também foram semi-estruturadas, em profundidade, direcionadas por um roteiro [45, 52]. Este roteiro foi elaborado a partir de tópicos emergentes das entrevistas com informantes-chave e revisões da literatura científica. Algumas perguntas foram previamente padronizadas para permitir a comparabilidade de respostas entre os sujeitos, enquanto outras foram aprofundadas ou inseridas durante a entrevista, para melhor compreensão do fenômeno [53]. O roteiro (anexo 2) abordou os seguintes tópicos: perfil sócio-demográfico, histórico do uso de crack, efeitos do crack, vivência da fissura e suas conseqüências, comportamento de risco associado à fissura, padrão compulsivo de consumo de crack (*binge*) e agressividade relacionada à fissura por crack. Os temas buscaram abranger os diferentes aspectos do fenômeno investigado (fissura por crack) e ainda guardaram coerência total com os objetivos da investigação, procurando especialmente identificar, com a maior profundidade possível, a visão do entrevistado sobre as questões colocadas [53].

Os entrevistados foram ressarcidos pelo tempo e dinheiro gastos em locomoção até o local da entrevista. As entrevistas tiveram duração média de

90 minutos, foram gravadas com a concordância prévia do entrevistado após a leitura e aceitação do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo 3) em que o anonimato foi garantido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (anexo 4).

### **3.3.2.1 Análise das entrevistas com usuários e ex-usuários de crack**

Segundo Strauss e Corbin [41], há três componentes principais na pesquisa qualitativa. Primeiro, há os dados, que no caso do presente estudo foram obtidos através das entrevistas. Segundo, há os procedimentos, que os pesquisadores podem usar para interpretar e organizar os dados. Eles geralmente consistem em conceituar e reduzir os dados, elaborar categorias em termos de suas propriedades e dimensões e relacioná-los por meio de uma série de declarações proposicionais. Conceituar, reduzir, elaborar e relacionar sempre são referidos como "codificação". Relatórios escritos e verbais são o terceiro componente.

Ainda de acordo com Strauss e Corbin [41]:

*"A análise qualitativa é a interação entre os pesquisadores e os dados. É ciência e arte. A criatividade se manifesta na capacidade dos pesquisadores de competentemente nomear categorias, fazer perguntas estimulantes, fazer comparações e extrair um esquema inovador, integrado e realista de massas de dados brutos desorganizados. Ao fazer pesquisa, lutamos por um equilíbrio entre ciência e criatividade."*  
(STRAUSS e CORBIN, 2008, p. 25 e 26)

As entrevistas passaram pelas seguintes etapas de análise de conteúdo [44, 45, 54]:

- 1) Transcrição literal;

2) Pré-análise (repetidas leituras flutuantes das entrevistas, de modo a entrar em contato exaustivo com o material);

3) Codificação (com o uso de um programa personalizado de computador, o material foi explorado, a fim de desmembrar as entrevistas em trechos correspondentes às repostas de cada item do roteiro de entrevista, culminando na obtenção de relatórios);

4) Obtenção de 55 relatórios agregando as respostas dos 40 entrevistados;

5) Categorização (identificou-se tipos diferentes de comportamento e de concepção entre os entrevistados em relação ao tema "fissura");

6) Triangulação em duas etapas:

a) as três pesquisadoras analisaram e interpretaram os relatórios individualmente e discutiram em grupo suas conclusões posteriormente e

b) análise interpretativa dos resultados a partir de três fontes distintas: usuários e ex-usuários, informantes-chave e dados da literatura;

7) Construção de uma matriz de análise de dados (em que as categorias foram identificadas com diferentes cores, permitindo assim a visualização das tendências presentes nela - figura 2);

8) Inferências, interpretações e hipóteses alicerçadas no conteúdo dos discursos analisados.

**Figura 2:** Matriz de análise de dados. Na vertical estão todos os entrevistados e na horizontal todas as perguntas do roteiro de entrevista. As diferentes categorias foram associadas a diferentes cores e assim foi possível visualizar as tendências dos discursos analisados.



## 4 RESULTADOS

### Parte 1: Entrevistas com informantes-chave

As entrevistas com os informantes-chave permitiram o contato com a visão destes entrevistados sobre o tema investigado. As entrevistas focaram na descrição de fissura, na sua relação com o comportamento de risco e nas estratégias usadas para evitá-la.

A seguir, alguns trechos das entrevistas realizadas com os informantes-chave serão transcritos. Os discursos foram categorizados de acordo com o tema a que se referiam.

#### 1 Definição de fissura

Por ser o tema central da pesquisa e por existirem diferenças em torno de sua conceituação, foi considerado importante abordar a definição de fissura, também conhecida através do seu equivalente em inglês: *craving*.

Algumas definições dadas pelos informantes-chave:

**Perda de controle:** *"[...] compulsão a procurar um determinado produto ou ter um comportamento, que na verdade as pessoas chamam de compulsão, mas na verdade não é rigorosamente uma compulsão, é um transtorno da impulsividade, é um impulso de difícil controle [...]. O que é chave na fissura é a questão da perda do controle."* (TP1)

**Apetite:** *"[...] é um estado biológico, fisiológico e psicológico de predisposição ao uso de substância [...] é como se fosse um apetite [...] uma predisposição e o conceito de apetite, é interessante porque é um misto de biológico com psicológico e ambiental [...] é um conceito multidimensional [...]"* (TP2)

**Efeito negativo:** *"A fissura é um efeito negativo. É uma coisa ruim que eles [os usuários de crack] não conseguem controlar [...]" (P1)*

**Desejo intenso:** *"Seria aquele estado de desejo muito intenso que as pessoas têm quando estão na ausência da droga." (P2)*

Todos os informantes-chave acreditam que a fissura é incontrolável ou de difícil controle e que essa é a grande causa das recaídas no processo de tratamento. Essa compulsão citada pelos informantes-chave encaminha para o estabelecimento da ligação entre fissura e dependência.

## **2 Fatores desencadeantes da fissura**

Observou-se que, segundo os informantes-chave, o desenvolvimento de fissura é multifatorial, conforme os seguintes relatos:

**Biológico + Psicológico + Ambiental:** *"[...] tem o componente biológico do craving. Na abstinência você tem mais chance de ter craving. [...] às vezes o próprio uso desencadeia, lógico que tem um componente psicológico também e tem o componente ambiental [...]" (TP2)*

**Farmacológico ou contexto ambiental ou outras drogas:** *"Eu diria que a fissura é desencadeada pelo efeito do crack. [...] existe essa coisa da fissura ser desencadeada pelo contexto e também pode ser desencadeada por outras drogas. [...] Aquele cara que quer, a princípio, manipular os efeitos do crack com álcool, com o tempo, quando ele vai tomar alguma bebida, a bebida chama o crack, desperta a fissura por crack [...]" (P1)*

**Abstinência + Psicológico:** *"O principal fator é a ausência da droga, isso pode ser tanto do ponto de vista de uma queda nos níveis circulantes da droga,*

*então, em geral, ela [a fissura] aparece quando esses níveis estão lá embaixo. [...] Existem desencadeantes psicológicos externos [...]. A gente sabe que existem alguns fatores psicológicos muito importantes que vão desencadear a fissura, entre eles está a imagem, a lembrança do sentimento, alguém falar sobre a droga, ou seja, situações que evocam memórias associadas ao uso também desencadeia fissura [...]" (P2)*

A abstinência foi o desencadeante de fissura mais citado. O que surgiu de novo é que durante seu próprio uso, o crack causa fissura (vide relatos TP2 e P1), mostrando a complexidade e as várias dimensões do fenômeno.

### **3 Etiologia e desenvolvimento da fissura**

Neurobiologia, comportamentos e emoções foram os aspectos merecedores de destaque nos discursos dos informantes-chave no que concerne à etiologia e ao desenvolvimento de fissura, conforme os relatos:

**Explicação neuroquímica:** *"[...] O que se acha é que o modelo neurobiológico estaria mais relacionado com o fenômeno da serotonina [...]. Se a dopamina é um neurotransmissor que está mais relacionado com o prazer em si, com o circuito de recompensa, a serotonina tem a ver com essa questão do impulso. Então, eles [os pesquisadores] acham que [a fissura] é uma coisa onde a serotonina tem um papel importante." (TP1)*

*"[...] quando a pessoa toma a droga, o nível de transmissão [de dopamina] na fenda sináptica aumenta, assim como a estimulação de receptores, e ela tem a sensação de prazer. A medida em que esse efeito passa, ela tem uma diminuição do prazer e às vezes ela cai para níveis mais*

*baixos do que seria o normal dela. Nesse momento de queda dos níveis de neurotransmissão é que se associa com a fissura ou desejo intenso." (P2)*

**Comportamentos e sentimentos:** *"[...] eu entrevistava os meninos que tinham sido presos no dia anterior e quando eu ia conversar com eles, eles estavam loucos, desesperados, super agitados, essa coisa da fissura. [...] O que significa não ir fumar o crack? Além dessa negatividade, não ir fumar crack significa viver, respirar, ser filho, ser pai, ser irmão, significa uma porção de exigências, de demandas, que talvez sejam tão difíceis de suportar quanto o apelo do próprio crack. [...] não que a droga fique tão atrativa, mas a vida fica um tanto insuportável. [...] É como se fosse o sujeito não querendo participar disso [da vida, do tempo]." (T1)*

*"Dizem que a primeira vez é incrível, mas depois que passa o efeito do crack, vem uma sensação muito ruim, vem a fissura e a pessoa acaba usando mesmo sem querer." (T3)*

Observou-se que os pesquisadores entrevistados apresentaram uma tendência a explicar o fenômeno da fissura através de modelos neuroquímicos. Os informantes-chave que só desempenham atividades relacionadas ao tratamento, falaram mais sobre as questões comportamentais de ordem prática, ou seja, o que identificam no usuário durante a fissura.

#### **4 Fases da fissura no uso de crack**

##### **4.1 Fase do consumo de crack em que a fissura começa a aparecer**

Os informantes-chave afirmaram ser difícil definir essa fase, mas acreditam que são necessários poucos usos de crack para o indivíduo começar

a apresentar os sintomas de fissura, diferente da fissura com outras drogas, conforme o relato:

*"O crack são poucos usos, você conta nos dedos quantas vezes a pessoa usa, fuma duas, três vezes e já começa a ter craving. O crack é um tipo de craving especial, eu diria até que possivelmente o mecanismo biológico do craving do crack seja diferente do que da nicotina."* (TP2)

#### **4.2 Tempo que o indivíduo leva para entrar em fissura após o início da abstinência**

Sendo a fissura um fenômeno multifatorial, é difícil definir quanto tempo o indivíduo leva para começar a apresentar seus sintomas após seu último uso de crack. Em termos farmacológicos, esse tempo seria o mesmo em que os níveis de neurotransmissores caem. Por outro lado, existe o fator psicológico que pode tanto diminuir quanto aumentar esse tempo, de acordo com os relatos a seguir:

**Fator farmacológico + Fator psíquico:** *"Depende muito, porque existe um fator psicológico importante. [...] não existe um padrão. O fator farmacológico que desencadeia a fissura é a queda nos níveis [dos neurotransmissores] [...]. Mas a partir do momento que se tem um fator psíquico que está desencadeando aquilo, pode demorar segundos ou horas."* (P2)

**Fator farmacológico:** *"Você tem aquela rebordosa, que a gente chama, que é aquele período do dia seguinte que a pessoa não quer saber da droga, tem depressão, que a pessoa se sente mal. Depois passam alguns dias, começa a vir a fissura. A fissura fica tão intensa até o ponto que o indivíduo recai."* (TP1)

**Fator ambiental:** *"[...] No dia em que ele [o usuário de crack] saía da prisão começava o fenômeno de fissura, com oito meses de abstinência. Explicar isso biologicamente não é possível, mas psicologicamente é, porque na hora em que ele tem o acesso de novo, ele desencadeia um processo [de fissura]."*  
(TP1)

### **4.3 Duração da fissura**

A fissura aparece em episódios que duram algumas horas. Esses episódios tendem a diminuir de intensidade proporcionalmente ao tempo de abstinência. O que não pareceu claro é se algum dia a fissura desaparece completamente, pois o ambiente continua tendo um papel de gatilho no desenvolvimento de fissura:

*"São minutos que podem durar uma, duas horas. Desaparece em meses. Você fica com o craving alto no começo, tem alguns picos e com o passar dos meses globalmente diminui. Zera depois de alguns anos, depende do ambiente [...]"* (TP2)

*"[...] o padrão é o indivíduo que tem duas horas de fissura. Se ele agüentar, ela passa. Só que depois ela vem de novo. [...] depois de um mês ela começa a vir bem mais fraca [...]"* (TP1)

*"[...] é variável."* (P2)

Os relatos mostram que os tempos são bem indefinidos, talvez devido à multifatorialidade do fenômeno e à dificuldade em estabelecer a duração da fissura. O que se afirmou repetidamente é que cada caso tem a sua especificidade.

## **5 Estratégias para evitar a fissura e estratégias para diminuir o risco durante a fissura**

Fissura e risco estão altamente relacionados. As estratégias focam em evitar que o indivíduo entre em fissura, para que assim ele não se coloque em risco. Acredita-se que, uma vez em fissura, o comportamento de risco seja inevitável.

Quando se falou em estratégias para se controlar a fissura, os informantes-chave apresentaram estratégias usadas no tratamento e pouco se falou sobre as estratégias dos próprios usuários para se contornar a fissura. A única estratégia deste tipo citada foi o uso de maconha:

**Estratégia segundo os próprios usuários:** *"Sim, isso [o uso de maconha para diminuir a fissura] é extremamente comum. Quando eles começam a se sentir mal, sentir fissura e não querem fazer nenhuma atividade ilícita, então usam maconha [...]" (P1)*

### **Estratégias sugeridas pelos profissionais de tratamento:**

**Controle farmacológico + Controle ambiental:** *"É, você pode usar algumas estratégias de remédios para diminuir [a fissura], alguns calmantes, tudo mais, mas não é um componente muito forte. [...] no caso do crack, tem que fazer restrição ambiental mesmo." (TP1)*

**Controle ambiental:** *"[...] ela [a pessoa dependente de crack] deveria aprender a se dessensibilizar do efeito ambiental [...]" (TP2)*

**Controle farmacológico:** *"Fazer uma redução gradativa da droga, não parar da noite para o dia. [...] Esse processo de desaceleração dá ao organismo um*

*tempo para se desacostumar, porque ele fez mudanças, as neuroadaptações, para se acostumar ao estado da droga." (P2)*

**Controle comportamental:** *"Para cada paciente eu faço um inventário diferente, porque cada paciente tem a sua história de relação com a droga. [...] Então, para cada paciente eu elaboro uma estratégia, que nem sempre é a mesma." (TP1)*

*"[...] a gente tenta fazer com que ela [a pessoa dependente de crack] tome uma postura mais ativa: 'É um comportamento que eu tenho, é uma maneira que eu aprendi de lidar com situações e eu posso mudar'." (P2)*

*"[...] É essa a base da terapia cognitiva: que a pessoa passe a ser seu próprio terapeuta [...]" (T2)*

De acordo com os relatos dos informantes-chave, percebe-se que as estratégias para se evitar a fissura se confundem com as estratégias usadas para eliminar a dependência, sugerindo uma forte relação entre fissura e dependência. Pode ser através de medicamentos, ou até mesmo através do uso de outras drogas psicotrópicas ilícitas (o maior exemplo é a maconha), ou seguindo o modelo da abstinência ou da redução de danos (esta entendida como uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas [55]), o que se nota em todos os casos é uma tendência ao uso de estratégias que visam à mudança de comportamento do indivíduo perante as situações, ambientes e pessoas que tenham relação com sua história de uso de crack.

## **6 Diferenças entre homens e mulheres durante a fissura**

Ao se levantar este tópico, frisou-se na diferença de agressividade entre os sexos masculino e feminino e na relação desta agressividade com o uso de crack.

Exceto por uma profissional de tratamento e pesquisadora com ampla experiência com mulheres dependentes (TP3), os informantes-chave apresentaram dificuldade em responder esta pergunta, pelo fato de as mulheres, principalmente as usuárias de drogas consideradas pesadas, como o crack, serem minoria entre os dependentes que procuram ajuda. No entanto, algumas colocações sobre este tópico foram levantadas:

### **Profissional com experiência em tratamento de mulheres dependentes:**

*"As mulheres são diferentes dos homens em basicamente tudo. Elas usam de forma diferente, elas têm motivos diferentes, determinantes diferentes, reações diferentes. [...] A mulher vai ficar fissurada quando ela ficar angustiada e não pela ausência da droga simplesmente. Ela pode passar perto da onde ela usava, se ela estiver bem, não é isso que dá fissura. A fissura para a mulher é quando ela se sente angustiada, quando ela sente vazio, quando ela se sente deprimida, sem pique." (TP3)*

*"Elas pensam primeiro em se prostituir, elas podem até roubar, mas a primeira opção é a prostituição." (TP3)*

## **Outros profissionais e pesquisadores:**

**Hormônios:** *"Alguns estudos mostram que existe uma tendência de maior agressividade física no sexo masculino devido a características hormonais. Eu não sei o quanto isso tem a ver com o crack ou com a própria natureza."* (P2)

**Roubo X Prostituição:** *"Eu não sei te falar se a droga tem efeitos farmacológicos diferentes nos homens do que nas mulheres e gera diferentes níveis de agressividade, mas eu acho que existe uma diferença conforme o gênero para a atividade ilícita que eles desenvolvem. Mulher é mais fácil se prostituir e homem é mais fácil roubar [...]. Não está necessariamente ligado à droga, mas ao gênero [...]."* (P1)

*"Eu acho que aí tem grandes questões de gênero. [...] Se você pensar que 90% da população carcerária é de homens, 80% da população em situação de rua é de homens [...]. Homens jovens morrem muito mais que as mulheres. Tem uma faixa em que a ligação entre criminalidade e violência, como autor ou como vítima, tem um recorte de gênero claríssimo. A gente fala em gênero em relação a essa condição subalterna da mulher. A mulher tem a opção da prostituição porque o corpo tem um lugar de ser o objeto do desejo dos adultos [...]"* (T1)

O que se observa é que existe desinformação em torno deste item. Os relatos soaram mais como suposições do que como afirmações, exceto pela entrevista com a profissional com experiência em tratar mulheres que foi bastante esclarecedora e forneceu bons subsídios para a abordagem das usuárias e ex-usuárias de crack posteriormente entrevistadas.

## 7 Fissura e comportamento de risco

A principal consequência da fissura é o comportamento de risco. Considera-se aqui como comportamento de risco qualquer comportamento que coloque em risco a saúde, a integridade social e a vida do indivíduo como um todo. Foi nesta etapa da entrevista em que surgiu a análise da condição social do usuário de crack, conforme os relatos:

**Comportamento ilícito:** *"[...] Esse 'morre rápido' não é em função da droga, não é em função dos efeitos farmacológicos da droga. É em função de todo o comportamento que o usuário tem frente ao crack. É o cara que vai roubar, traficar, se prostituir e por isso fica muito mais vulnerável a uma ação policial, a um tiroteio, à prisão, às DSTs. É uma droga que é final de linha por causa do comportamento. A fissura os leva às atividades ilícitas."* (P1)

**Degradação social:** *"O uso de crack faz uma degradação, mas é impossível que a criança esteja na rua sem algum tipo de degradação, como o próprio uso de drogas, troca de favores, troca de proteção que envolve favor sexual etc."* (T1)

**Mudança de referenciais de vida (rebaixamento de valores):** *"Quanto maior for o desejo intenso e quanto mais difícil for resistir àquilo, ele pode se envolver numa situação de maior ou menor risco, por exemplo: atravessar a rua. Você está com pressa, mas só quando o fluxo não está muito intenso é que você se arrisca a atravessá-la. Mas se você está vendo o seu filho do outro lado da rua prestes a ser atropelado, isso cria uma urgência em você e aí você não pára para pensar que você pode ser atropelada. Então, dependendo do que é uma*

*urgência para a pessoa naquele momento, ela vai se arriscar mais ou menos."*

(P2)

Falar em comportamento de risco remeteu às atividades ilícitas para se conseguir dinheiro para comprar o crack e a toda degradação social que caminha com o seu consumo, dois aspectos típicos do estereótipo do usuário de crack na sociedade.

## **4 Resultados**

### **Parte 2: Entrevistas com usuários e ex-usuários de crack**

#### **1 Dados sócio-demográficos**

Foram entrevistados 20 homens e 20 mulheres. Destes, quatro homens e cinco mulheres foram classificados como ex-usuários. A idade variou entre 18 e 50 anos, sendo que o entrevistado mais novo e o mais velho foram mulheres.

Embora parte da amostra possuísse poucos recursos financeiros (cinco eram ocupantes de imóvel abandonado, três moravam em albergues da Prefeitura de São Paulo, cinco residiam em um abrigo público para gestantes, dois eram moradores de rua), a amostra foi constituída por entrevistados que abrangiam todos os níveis de escolaridade, desde analfabetos até indivíduos com nível superior. Metade da amostra possuía alguma ocupação (formal ou informal) que lhe servia como fonte de renda.

As tabelas 1 e 2 a seguir apresentam uma descrição mais detalhada de cada entrevistado:

**Tabela 1: Descrição dos Investigados**

<b>Código</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Relação atual com o crack</b>	<b>Tempo de uso</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>
D18FU2	18	feminino	usuária	2 anos	fundamental incompleto	desempregada
C40MU8	40	masculino	usuário	8 anos	(dado faltante)	pai-de-santo
G27FU12	27	feminino	usuária	12 anos	médio incompleto	desempregada
F33MU18	33	masculino	usuário	18 anos	médio técnico completo	funcionário de empresa de TV a cabo
M47FU15	47	feminino	usuária	15 anos	(dado faltante)	funcionária em galpão de reciclagem
R39FU20	39	feminino	usuária	20 anos	(dado faltante)	funcionária da FEBEM
M40FE15U3	40	feminino	ex-usuária	3 anos	fundamental incompleto	funcionária em galpão de reciclagem
M41MU17	41	masculino	usuário	17 anos	fundamental completo	manobrista
I31MU9	31	masculino	usuário	9 anos	fundamental incompleto	funcionário em galpão de reciclagem
B38FU7	38	feminino	usuária	7 anos	fundamental incompleto	flanelinha
J29MU8	29	masculino	usuário	8 anos	fundamental completo	funcionário de restaurante
B24ME6mU8	24	masculino	ex-usuário	8 anos	superior incompleto	vendedor e palestrante sobre prevenção bucal
F27MU3	27	masculino	usuário	3 anos	(dado faltante)	desempregado
M25FU6	25	feminino	usuária	6 anos	(dado faltante)	funcionária em galpão de reciclagem
R35MU12	35	masculino	usuário	12 anos	médio incompleto	eletricista
A23FU2	23	feminino	usuária	2 anos	superior incompleto	desempregada
W30MU12	30	masculino	usuário	12 anos	superior incompleto	desempregado
R30MU20	30	masculino	usuário	20 anos	analfabeto	funcionário em galpão de reciclagem
G31ME6mU13	31	masculino	ex-usuário	13 anos	médio técnico completo	técnico de som
A40MU12	40	masculino	usuário	12 anos	fundamental completo	desempregado
S47ME5U16	47	masculino	ex-usuário	16 anos	fundamental incompleto	flanelinha
S42MU17	42	masculino	usuário	17 anos	médio completo	vende material de limpeza a domicílio
G29MU12	29	masculino	usuário	12 anos	médio completo	trabalha com logística (estoque)
E33FE6U5	33	feminino	ex-usuária	5 anos	médio completo	artesa, vende bijuteria na feira
M37MU18	37	masculino	usuário	18 anos	superior incompleto	cabeleireiro e proprietário de salão
M40ME2U15	40	masculino	ex-usuário	15 anos	analfabeto	trabalha para a prefeitura limpando cemitérios
R18FU1	18	feminino	usuária	1 ano	fundamental incompleto	desempregada
C22FU4	22	feminino	usuária	4 anos	médio incompleto	desempregada
S31FE8mU4	31	feminino	ex-usuária	4 anos	médio incompleto	conselheira de comunidade terapêutica
V37FU12	37	feminino	usuária	12 anos	fundamental completo	aposentada pelo INSS devido a transtornos psiquiátricos

**Tabela 1: Descrição dos entrevistados (continuação)**

<b>Código</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Relação atual com o crack</b>	<b>Tempo de uso</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Ocupação</b>
<b>E34MU23</b>	34	masculino	usuário	23 anos	fundamental incompleto	flanelinha
<b>M35MU13</b>	35	masculino	usuário	13 anos	médio incompleto	desempregado
<b>E36MU18</b>	36	masculino	usuário	18 anos	fundamental completo	desempregado
<b>S50FE16mU3</b>	50	feminino	ex-usuária	3 anos	superior completo	desempregada
<b>L28FU8m</b>	28	feminino	usuária	8 meses	médio completo	desempregada
<b>D32FU5</b>	32	feminino	usuária	5 anos	fundamental incompleto	desempregada
<b>A21FU9</b>	21	feminino	usuária	9 anos	fundamental incompleto	desempregada
<b>J19FE8mU4</b>	19	feminino	ex-usuária	4 anos	médio incompleto	desempregada
<b>J19FU6</b>	19	feminino	usuária	6 anos	médio incompleto	desempregada
<b>L48FU18</b>	48	feminino	usuária	18 anos	superior incompleto	educadora social e produtora de eventos

**Tabela 2: Frequência de gênero, idade, escolaridade, ocupação e tempo de uso**

<b>Gênero</b>	<b>Idade</b>	<b>Possui ocupação?</b>	<b>Tempo de uso</b>
masculino	20	2 sim	23
feminino	20	8 não	17
total	40	6 total	40
		7	
<b>Escolaridade</b>			
analfabeto		2 sim	23
fundamental incompleto	8	8 não	17
fundamental completo	6	6 total	40
médio incompleto	7		
médio completo	4		
médio técnico completo	2		15
superior incompleto	5		15
superior completo	1		10
Total	35	total	40

## 2 Histórico do uso de drogas

O uso de outras drogas além do crack foi bastante relatado. Não só para obter prazer, mas também para conciliar o uso de crack com os estudos e/ou emprego, os usuários se utilizam de meios para modelar os efeitos do crack e lidar com a fissura, como, por exemplo, o consumo de outras drogas, caracterizando o poliuso de drogas. Todos os entrevistados consideram-se, ou em algum momento consideraram-se, dependentes de crack.

De acordo com os relatos, o padrão de uso de crack foi muito variável ao longo da vida dos entrevistados. É comum intercalarem períodos mais intensos de uso com períodos mais brandos e até mesmo de abstinência. Entre os usuários, a minoria mantinha seu consumo restrito a uma vez por mês ou aos finais de semana, enquanto a maioria usava crack diariamente. A quantidade fumada em um dia é de difícil definição, uma vez que é comum perderem o controle do que foi consumido. Geralmente a quantidade fumada é limitada pela quantidade disponível e pelo sucesso ou não dos "corres", maneiras desenvolvidas para se conseguir mais dinheiro, como roubos, prostituição e troca de pertences por crack. Todos os entrevistados afirmaram já terem feito *binge* de consumo de crack pelo menos uma vez, mas atribuem-lhe a responsabilidade pela degradação física e por isso evitam-no, conforme o relato:

*"[...] vários dias sem dormir eu ficava. [...] Embalado [usando crack]. Quando dormia, dormia que nem uma pedra. Dormia em qualquer canto, no chão, na chuva, não sentia nem a chuva. [...] Nossa, eu já fiquei acho que oito, dez dias diretos." (M41MU17)*

### 3 Efeitos do crack

Ao analisar os discursos obtidos, concluiu-se que o crack possui três efeitos principais: a nóia, o prazer e a fissura.

#### 3.1 A individualidade da nóia

Há uma notável variabilidade na maneira como os diferentes indivíduos relatam os efeitos do crack. No entanto, existe um efeito que foi citado por todos os entrevistados: o delírio persecutório, referido como paranóia ou simplesmente como "nóia".

Na nóia, o indivíduo experimenta uma forte sensação de perseguição, com alucinações auditivas, visuais e táteis, o que lhe causa pânico e faz com que ele desconfie de todos, como foi relatado:

**Alucinações:** *"Vultos, você vê vultos ao seu redor o tempo todo. [...] quando a gente fuma, você olha assim, parece que tem bicho perto de você. Você sente coisas andando no seu corpo [...]"* (M25FU6)

*"[...] você vê vulto, você vê barulho, você vê pegada. Nossa, o negócio é louco."* (F33MU18)

*"[...] eu começava a ter visões assim, a ver, tipo, gente andando em volta da minha casa [...] via cabeça de gente, olha que louco."* (S31FE8mU4)

*"[...] eu via coturno, policial na porta. Eu falava: 'Eu não tô nem aí', eu fumava [...] 'Que guardar, nada. Eu vou fumar, mano. Se eu for em cana, eu vou loução'."* (E36MU18)

**Medo e pânico com conseqüente desconfiança:** "[...] usar crack é você pagar para ter medo [...] A única sensação que você tem é que a polícia vai chegar [...]" (R35MU12)

"Já cheguei a dormir embaixo da cama, pensando que alguém estava atrás de mim (risos)." (S42MU17)

"Os outros fica conversando baixinho, já acho que [eles estão planejando como matá-lo]: 'Ó, vamo pegar ele. Na hora que ele der uma deixa, vamo matar ele'. A mulher está conversando no telefone [...], eu já acho o quê? Que ela está me traindo, que ela está marcando horário com os outros." (E34MU23)

"[...] a gente fica em pânico, fica acelerada, assim, a gente fica com medo que alguém quer fazer alguma coisa com a gente. A gente não confia em ninguém." (J19FU6)

Totalmente coagidos, os sujeitos reagem a essa suposta ameaça de duas principais maneiras: ficando agressivo (para se defender) ou se isolando (para evitar conflitos), conforme os seguintes relatos:

**Aumento de agressividade:** "[...] eu estava nessa construção e esse mendigo estava lá e aí eu estava usando tanta droga que aí eu senti vontade de matar ele. E aí eu peguei uma pedra e fui assim, um tijolo, para ir para cima dele e aí ele levantou com tudo assim, assustado, ele: 'Que é que foi?', tipo ele ficou com medo, né? Aí ele ficou conversando comigo e fugiu a idéia. Eu coloquei a pedra, sentei em cima e fiquei conversando com ele. [...] acho que a minha cabeça ficava: 'Esse cara, ele está querendo fazer alguma coisa', entendeu? E

*aí eu ficava pensando: 'Antes dele fazer comigo, eu faço com ele'."*  
(E33FE6U5)

*"[...] eu estava usando e minha mulher chegou e bateu na lata onde eu estava usando. Aí eu fiquei nervoso com ela e já fui pra cima dela. [...] quando o cara está na nóia, ele gosta de paz, sossego e tranqüilidade. Não mexa, deixa ele."* (R30MU20)

**Isolamento:** *"[...] você quer ficar sozinho porque tipo, se eu estou fumando o meu crack aqui e eu estou com você, eu fico na... Entra na minha cabeça de que você está tentando fazer alguma coisa comigo."* (M25FU6)

*"Sei lá, ficava apavorada, ficava olhando de um lado para o outro, tinha alguém me perseguindo, eu precisava usar droga, não sei... Eu queria ficar aliviada de alguma coisa... Eu não sabia o quê. Eu ficava depressiva, ficava distante, sozinha. É engraçado, quando eu fumava maconha, eu ficava rindo a toa, ficava no meio da colegagem, quando eu usava crack, eu me isolava, eu gostava de ficar sozinha."* (D18FU2)

*"[...] a gente vira bicho, a gente corre até das pessoas. Você não fala com ninguém, não troca idéia. [...] você se sente diferente."* (S47ME5U16)

No entanto, alguns entrevistados afirmaram se sentirem mais autoconfiantes e seguros sob o efeito do crack (um efeito típico da cocaína), usando a droga inclusive para se sentirem mais poderosos e desinibidos. Um dos entrevistados, F27MU3, relatou já ter sentido, sob o efeito de crack, medo em algumas ocasiões e coragem em outras, demonstrando os diferentes efeitos que uma droga pode ter no mesmo indivíduo: *"[...] uma vez dá medo,*

outra vez dá coragem. É um negócio estranho". Outros entrevistados discorreram sobre este efeito:

**Efeito desinibidor do crack:** *"As pessoas fumam, elas têm medo, elas ficam olhando no buraco da porta [...] eu, ao contrário, se a porta estiver fechada, eu abro; se tiver que conversar com o policial, com qualquer pessoa que seja, eu converso [...] eu tenho segurança e lábia suficiente para conseguir o que eu quiser de qualquer pessoa, entendeu? [...] quando você dá o primeiro pega e sobe aquele frisson, você fala: 'Agora é hora e eu posso tudo'."* (C40MU8)

*"Coragem de sair pelo mundo afora e achar que você é o dono do mundo, achar que você é o Batman. Você quer ficar forte, valente, arrumar encrenca."* (M47FU15)

*"[...] eu sentia prazer em ter relação [sexual], eu ficava desinibida [...]"* (V37FU12)

*"[...] perder a noção, você não perde. Agora, digamos que ele [o crack] te dá um encorajamento maior de coisas que você não faria."* (G31ME6mU13)

Portanto, o aumento de agressividade dar-se-ia não somente por uma tentativa de defesa de uma suposta ameaça, mas também devido a esse encorajamento e aumento de autoconfiança; o indivíduo perderia alguns limites morais e se sentiria seguro para realizar alguns desejos recalcados ou, de acordo com alguns entrevistados, o crack tomaria o sujeito de tal forma, que este teria a sua personalidade totalmente transformada.

A transformação na personalidade causada pelo crack foi citada de várias maneiras: desde uma perturbação ou confusão até um enlouquecimento

com, de fato, perda da capacidade de discernimento. Isso *"corromperia a pessoa"* (C40MU8), uma vez que o crack *"faz o mal"* (I31MU9). No entanto, vários entrevistados afirmaram que não perdem, ou perdiam, a consciência quando estavam sob o efeito do crack. Afirmam que o crack traz autoconfiança e até certa coragem para transgredir valores morais e éticos (roubar, mentir) e para superar dificuldades individuais (paquerar uma menina, como, por exemplo, o G31ME6mU13), porém não se esquecem dos limites individuais, que ainda permanecem. Dizem estar arrependidos de algumas coisas que fizeram, mas a questão da lucidez da pessoa seria o que pesaria mais na hora de realizar, ou não, a transgressão.

**Nóia com perda total de discernimento:** *"[...] essa droga [o crack] é algo de muito diabólico [...] ela corrompe as pessoas [...] Ela pode ter uma vida muito, muito no eixo. A partir do momento que ela passa a ter contato com aquilo [o crack], ela passa a ter pensamentos que ela nunca teve."* (C40MU8)

*"[...] você não sabe o que faz, você pega qualquer coisa. Você é nóia, você não responde por você."* (M35MU13)

*"[...] quando você está louco [...], você pensa que você é o Super-homem, que você é a dona do mundo [...] é aonde morre as pessoas [...] é no outro dia você pensar: 'Minha Nossa Senhora, olha o risco que eu corri' [...]"* (M47FU15)

**Nóia com manutenção do discernimento:** *"[...] você se transforma, você fica na paranóia, mas você sabe o que você está fazendo. [...] você sabe tudo o que você está fazendo, só que você não vai conseguir tirar essa paranóia minha."* (A40MU12)

*"[...] o uso de crack não faz ninguém roubar em pleno meio-dia, em frente da ROTA [Rondas Ostensivas Tobias de Aguiar – um braço da Polícia Militar do Estado de São Paulo]. Na frente da ROTA, ninguém rouba, rouba?"* (W30MU12)

*"Você sabe o que não pode fazer [quando está sob o efeito do crack]. Sabe o que está fazendo e o que não está fazendo. [...] tem gente que fala que usa droga e não sabe o que está fazendo. Isso é mentira."* (C22FU4)

Os entrevistados também relataram que a agitação física e mental faz parte da nória, efeito muito conhecido já que se trata de uma droga estimulante, conforme os relatos:

**Efeito estimulante do crack:** *"[...] a droga [crack] te estimula, tira o sono."* (F27MU3)

*"O corpo fica trêmulo, você não consegue ficar parado."* (M25FU6)

*"[...] ela [a pedra] te instiga muito. A sua mente funciona na velocidade da luz. Você consegue pensar 10 coisas ao mesmo tempo."* (C40MU8)

### **3.2 O lugar do prazer**

Apesar de a nória ser aterrorizante, o usuário relata sentir prazer ao consumir crack. Passar pela nória é o preço que se paga para se sentir poucos instantes de prazer. Seria uma sedução com um lado sombrio.

Quando são arrebatados pelo efeito ficam satisfeitos e corriqueiramente se utilizam de formas onomatopéicas para descrever o que sentem quando o crack "dá uma luz" (M41MU17):

*"[...] é uma droga instantânea, que você bateu, você já vê aquele tuim, você parece que já entra em outro mundo [...]" (M40ME2U15)*

*"[...] você quer usar ela [a pedra] para dar aquele tchum na cabeça, né?" (S42MU17)*

*"[...] quando é o primeiro trago dá uma sensação gostosa assim [...] aí depois vem aquele tum tum." (J29MU8)*

O prazer no efeito do crack varia de acordo com o indivíduo. Um dos prazeres é o conhecido "barato" da droga, que aparece logo após o uso. O indivíduo experimentaria uma sensação inicial agradável (chamada de brisa), bastante efêmera, e depois de poucos minutos ele passaria a se sentir perseguido, desenvolvendo assim os sintomas da nóia, esta entendida como um conjunto de sensações ruins. Por outro lado, há os que relatam que a nóia é instantânea e a consideram uma sensação agradável, um efeito desejado ao se consumir o crack, chamando-a de brisa. Na maioria das vezes, o prazer tem o seu lugar. Os relatos a seguir facilitam a compreensão:

**Brisa como sensação agradável / Nóia como sensação desagradável:**

*"[...] o interessante é que você não liga a brisa com a paranóia. Por exemplo, assim, se eu tô na minha casa, eu dei uma paulada, eu quero sair pra rua, aí vou no quintal, vou no portão, tô na brisa, aí começa a vir o lance da paranóia. [...] E você entra pra dentro de casa e tranca tudo, tipo, você entra pra dentro, tranca janela, tranca porta, tipo, viaja mesmo, cheguei às vezes a pensar que tinha gente dentro do guarda roupa." (G31ME6mU13)*

## **Brisa = nóia = sensação agradável**

*"[...] o gostoso da pedra é o medo." (M37MU18)*

*"[...] a brisa do crack é o pânico [...]" (J19FU6)*

*"[...] na hora que você fuma dá a nóia. [...] você quer ficar sozinho porque tipo, se eu estou fumando o meu crack aqui e eu estou com você... entra na minha cabeça de que você está tentando fazer alguma coisa comigo. [...] Essa é a nóia do negócio. [...] É estranho, mas é gostoso." (M25FU6)*

### **3.3 A fissura como efeito do crack**

A fissura por mais crack surge no próprio efeito do crack, confundindo-se com a nóia. Portanto, pode-se afirmar que a fissura também é um efeito do crack. Nas entrevistas observou-se a dificuldade em separar nóia de fissura e foram comuns os casos em que a fissura (o desejo por mais crack) foi chamada de nóia:

*"A nóia é você querer mais qualquer hora, toda hora." (W30MU12)*

*"[...] Você tá na nóia de usar mais uma." (B24ME6mU8)*

*"[...] a nóia misturada com a fissura, as duas estão juntas." (A40MU12)*

*"[...] Não tem, pra mim não tem [diferença entre fissura e nóia] [...] a nóia é que você quer mais [...]" (E36MU18)*

Mais sobre a fissura como um efeito do crack será abordado em um item específico para o tema, visto ser este o tema central deste estudo.

Os relatos a seguir mostram que uma forte vontade de ingerir álcool também é desencadeada pelo efeito do crack:

*"[...] eu uso e já dá vontade de ir no boteco tomar um negócio, uma cachaça." (J29MU8)*

*"[...] o crack chama bebida. [...] você bebe e nem sente que você está bebendo pinga. E é pinga" (I31MU9)*

*"[...] ando pra lá, ando pra cá, até eu achar um bar, por isso que geralmente quando eu fumava, praticamente já estava com o copo na mão." (M41MU17)*

É comum os entrevistados afirmarem que o crack "chama" o álcool. Desta maneira, o usuário vai administrando o grau de alteração desejado, pois o álcool antagoniza o efeito estimulante do crack, conforme os relatos:

*"[...] eu sempre bebi, porque depois que eu fumar, se eu não beber alguma coisa, não acalmo. Meu sistema nervoso fica abalado. [...] aí converso normal [...] eu já vou com o copo na mão, ciente. Sem beber eu nem fumo." (M41MU17)*

*"Você chega num ponto que você fica tão acelerado que você quer dar uma baixada [...] Você começa a sentir o coração querendo pular pra fora do peito, né? [...] aí você acha que você bebendo vai dar uma acalmada e dá mesmo." (M35MU13)*

#### **4 Atrativos do crack**

Aliviar o sentimento de desilusão e/ou frustração é o principal atrativo do crack. A alteração que o crack causa no estado de consciência faz com que o usuário esqueça seus problemas. O crack se torna uma proteção a fatos comuns da vida:

**Esquecer problemas:** *"[...] você focalizar numa coisa que você menos espera. Assim, eu nunca encanei com a cadeira e eu estou encanada que tem alguém embaixo da cadeira e se eu perder o meu tempo encanada que tem alguém embaixo da cadeira, eu vou esquecer que eu abandonei a minha família, que eu deixei um monte de problemas para resolver [...]"* (J19FU6)

*"[...] eu já errei muito em minha vida, entendeu? Eu tentei muitas coisas na minha vida que não consegui [...] de repente eu caminhei para esse caminho por frustração mesmo, por sentimento de fracasso."* (C40MU8)

*"[...] eu quero fugir da realidade [...] porque a realidade é muito ruim para mim [...] a pedra parecia que me amparava, que me abraçava, me sinto protegida. [...] é como se todos os problemas ficassem na porta [...] Ficam tudo pra fora, depois sai, estão todos lá de novo, mas pelo menos a gente passa pela parte de dentro."* (S50FE16mU3)

Obter prazer e querer se divertir também foi bastante citado como um atrativo, onde o crack teria o papel de *"incremento para a balada"* (G31ME6mU13), conforme os relatos:

**Obter prazer:** *"[...] você fica excitado, você quer mais, você fica eufórico, porque é uma droga bem gostosa."* (A23FU2)

*"[...] o bagulho é demolidor, mas é gostoso, tá ligado mano? É ingual fazer sexo com, tipo, uma Adriane Galisteu. Não tem coisa melhor, mano [...]"* (W30MU12)

A baixa qualidade da cocaína em pó faz com os usuários passem a comprar crack, pois com este os efeitos são mais intensos, mesmo ele sendo

produzido com a própria cocaína de baixa qualidade. A intensidade maior do efeito do crack quando comparado à cocaína e o preço baixo também são razões para a escolha do crack em detrimento da cocaína aspirada:

**Baixa qualidade da cocaína:** *"Aí foi aonde começou mesmo o lance do crack. Até porque a cocaína caiu muito a qualidade. [...] começou a ter muita porcaria no meio, você não achava cocaína boa. Em questão de custo-benefício, o crack você fumava, ficava muito louco e com menos gramas, digamos assim."* (G31ME6mU13)

**Efeito mais forte que o da cocaína aspirada:** *"[...] já está fraco [o efeito da cocaína aspirada], quero um negócio mais forte."* (R35MU12)

*"Eu comecei cheirando no começo, só que eu não sentia a mesma coisa que eu sentia na sensação do crack."* (D18FU2)

**Preço baixo:** *"Eu nunca fui de tomar essas coisas assim: LSD, balinha [ecstasy], essas coisa tudo pra mim é droga de playboy, né? [...] eu já olhava, falava: '25 real num desse?' [...] Tem pedra de 5 [...]"* (M35MU13)

## **5 Tolerância e sensibilização aos efeitos do crack**

Alguns depoimentos mostram como o efeito prazeroso do crack diminui após o consumo de algumas pedras em uma mesma jornada de uso, ao mesmo tempo em que os efeitos negativos aumentam. Isto também é percebido com o tempo de uso de crack na vida, ou seja, quanto mais tempo o indivíduo usa crack, maiores são os efeitos negativos e menores os positivos. Portanto, há uma tolerância farmacológica ao efeito agradável do crack e uma sensibilização ao efeito negativo, em dois momentos:

**Em uma mesma jornada de uso:** "[...] se eu usasse uma, por mim, eu ficava normal [...] eu ficava elétrico. Agora se eu passasse de duas, três, eu já ficava sinistro [...] mais noiado." (E36MU18)

"[...] eu ficava de boa, eu ficava tranqüila na minha [...] quando eu fumava muito, nossa meu, quando eu passava dias fora da minha casa, que eu ficava o dia inteiro fumando, aí eu tinha [a nóia]. Ouvia um barulhinho: 'Nossa, gente, a polícia', olhava pela janelinha..." (A23FU2)

**No uso na vida:** "[...] depois já de uns cinco anos que eu estava no uso direto, aí eu já não pensava em mulher, eu nem procurava mulher, porque eu já não queria nem repartir a droga com a mulher e outra: [...] Eu já não tinha aquele mesmo prazer... Eu tinha a vontade de usar [...] só que o prazer não era o prazer que eu tinha antes, né? [...] no final me dava o quê? Era medo, que no começo não dava, né? [...] Eu comecei a ver coisa, que no começo eu não via [...]" (M40ME2U15)

"[...] uns 20 minutos de paranóia, depois que você já tem um certo tempo de uso. No começo tudo é brisa [...] no começo você fica uns 20 minutos na brisa." (G31ME6mU13)

## **6 A fissura por crack**

"Ficava fora de mim. Eu ficava fora... Parece que não era eu, parece que era alguma coisa que me possuía e me levava lá [na Cracolândia]... Me levava na marra, na força, sem eu querer e eu não conseguia controlar, não conseguia dizer não... Só conseguia dizer sim. Eu sempre cedia, eu sempre acabava cedendo, acabava indo. [...] Mais forte que eu, mais forte que as minhas próprias forças, parece que aquilo me levava, me arrastava, me dominava,

*sabe? Parecia um demônio... Uma coisa possuía meu corpo e me levava a fazer aquilo [fumar crack]."* (F27MU3)

O relato acima representa, de forma clara, o impacto da fissura no controle das ações de um usuário de crack. Na presente pesquisa, todos os entrevistados afirmaram terem sentido fissura por crack e lhe conferiram a culpa por não conseguirem (nos casos dos usuários) ou por ter sido difícil (no caso dos ex-usuários) abandonar o uso de crack, dando à fissura um papel de extrema importância na manutenção da dependência. Sempre definida como uma sensação negativa, os entrevistados afirmaram que a fissura é uma vontade de usar crack que pode aparecer em três situações:

1) quando o indivíduo se depara com algum sentimento ou com algo que o faça se lembrar do crack, as chamadas pistas internas e externas, que geralmente estão relacionadas com a antecipação de um reforço positivo e/ou o alívio de um estado negativo:

Pistas internas: *"Eu parei [de fumar crack], só que aí quando começava as brigas em casa, eu ia e fumava."* (M25FU6)

Pistas externas: *"Às vezes eu pegava aquele dinheiro, eu falava: 'Agora eu vou no restaurante. Vou comer'. Aí eu passava de frente à bocada [ponto de venda de drogas ilícitas], o pessoal me chamava e pronto. Aí eu comprava [crack]. Ali mesmo eu ficava."* (A21FU9)

2) após a retirada do crack, quando o indivíduo quer obter o prazer mais uma vez:

*"A fissura, ela vem quando você perde aquela sensação de prazer que estava sentindo, tipo, você fumou, você está sentindo um puta prazer, está um puta negócio legal, gostoso. Do nada, ela pára. [...] você quer sempre aquele prazer de novo." (G31ME6mU13)*

**3)** na vigência do uso de crack, sendo a fissura um dos efeitos dele. Esse tipo de fissura parece ter uma forte relação com os *binges* de consumo de crack. Os relatos a seguir comprovam este tipo de fissura:

*"Não existe uma [pedra] só. [...] você nem terminou a primeira [pedra], você já está pensando como você vai fazer para pegar a segunda." (F33MU18)*

*"Eu sou assim: o meu negócio é não fumar [crack]. Dei o primeiro trago, aí pode esquecer. [...] eu dou um trago, aí dá aquela ansiedade de fumar mais." (J29MU8)*

*"A fissura vem depois que você tem o uso. Se você não usar o crack, você não tem fissura." (R18FU1)*

Essas situações não são sempre independentes e por esta razão pode haver sobreposição entre elas, o que torna difícil definir em qual dessas situações se encaixa a fissura do indivíduo em um determinado momento.

A fissura por crack foi recorrentemente referida como uma necessidade imprescindível para o corpo, indispensável para a vida, comparada à fome. A impossibilidade de saciá-la causa forte sofrimento e o indivíduo é tomado por pensamentos obsessivos que envolvem maneiras de obtenção de crack e/ou dinheiro para comprá-lo. Por exemplo, desde o momento em que acorda, D18FU2 se ocupa em planejar como fará para obter crack naquele dia. Por sua

vez, F33MU18 costuma sonhar com o crack e chega até a sentir seu gosto enquanto come pão:

*"Tem vezes que eu acordo soltando fumaça. [...] Dei um pega [trago] no sonho, acordo soltando fumaça. [...] Fico na fissura, sinto gosto às vezes comendo pão, sinto o gosto do crack."* (F33MU18)

A ansiedade em querer fumar crack é tão grande que o indivíduo simplesmente não consegue ficar parado, pois *"o corpo dói, a mente dói, o coração gela, a boca do estômago trava"* (C40MU8), uma vez que o *"corpo pede"* (M35MU13) e uma vontade *"pior que a fome"* (W30MU12) o impulsiona a consumir crack. Nota-se que o indivíduo em fissura é tomado por um conjunto de sensações desagradáveis, conferindo ao uso de crack não só o papel de proporcionar-lhe mais prazer, como também de aliviar seu mal estar, de acordo com o depoimento:

*"Chega ao ponto de doer o olho, roer unha, se morder na boca, ficar olhando de um lado para o outro, aquela vontade, a fissura. Aquela vontade muito louca que você não consegue segurar de vontade de usar."* (D18FU2)

Freqüentemente, os entrevistados utilizam os sintomas da síndrome de abstinência para a descrição da fissura, ou seja, incluem nessa descrição alguns sintomas físicos, como cólicas gastrointestinais, diarreia e tremedeira, e também alguns psíquicos, como a depressão, de acordo com os relatos a seguir:

*"A fissura para mim é dor de barriga."* (G29MU12)

*"[...] é eu pegar, dá vontade de ir no banheiro, dá uma vontade... já dá aquele... [...] já me dá uma dor de barriga. Chega a tremer a mão toda."*  
(M41MU17)

*"[...] o organismo sente falta. Começa a dar depressão."* (E34MU23)

## **6.1 Fissura, rebaixamento de valores e comportamentos de risco**

Uma vez que o crack adquiriu um lugar de extrema importância na vida do indivíduo, a urgência em consumi-lo muda os valores que até então norteavam as condutas desse sujeito, isto é, são realizadas atividades que colocam em risco sua integridade moral e física, pois o que está em foco é o uso de mais crack. Para a pessoa em fissura, perder a família, gastar altas quantias, descuidar do próprio corpo, nada parece tão ruim quanto não usar crack. O relato a seguir é de uma usuária de 28 anos:

*"Ele [o crack] não faz você perder, ele arranca. O crack, ele faz assim: 'Vamos fazer uma troca? Eu dou a brisa [prazer], mas eu arranco os seus valores, seus princípios, seus amores, tudo o que você acreditou até hoje.'" (L28FU8m)*

O empenho é grande quando o motivo é obter crack. Com os valores rebaixados, o indivíduo fissurado amplia o leque de possibilidades para a obtenção de crack e/ou dinheiro para comprá-lo, incluindo nesse rol atividades ilícitas. É interessante notar que o esforço despendido não é proporcional ao seu retorno. L28FU8m relatou ter desmontado o seu guarda-roupa e ter andado com ele nas costas até a "boca" (local onde se vende drogas) em troca de somente duas pedras de crack (o equivalente a 20 reais).

A seguir são expostos os métodos mais citados pelos entrevistados para se obter crack e/ou dinheiro para comprá-lo sob fissura, os quais os expõem a riscos e perdas morais:

### **1) Prostituição**

Para as mulheres em fissura, a prostituição é uma prática quase unânime e uma das primeiras opções para se obter dinheiro para comprar crack. O relato a seguir exemplifica:

*"[...] o importante era ganhar o dinheiro. [...] eu fazia questão da camisinha, mas às vezes eu não tinha, mas a fissura era maior. [...] aí eu acabei pegando condiloma, aí nessa que eu tive que ficar de cadeira de rodas porque eu não agüentava nem andar, aí foi quando eu me internei. [...] eu fiz muitas coisas repugnantes que eu, careta [sem estar sob o efeito de drogas], não faria. Nossa, deitar com um monte de cara que eu nem conheço, que não faz o meu tipo, sabe? Me propor a fazer coisas nojentas para poder ganhar cinco, dez reais, para pegar uma ou duas pedras, sabe? De você ter que sair com um cara que você tem nojo dele porque o cara vai te bancar de droga e depois você fica com nojo de você mesma." (J19FU6)*

Porém, vender o corpo não é uma exclusividade das mulheres. Dois homens entrevistados, heterossexuais, relataram já terem praticado sexo com outros homens quando estavam em fissura:

*"Fazer relação sexual com um homossexual [...] sexo anal que ele fez lá. Aí me deu vinte reais, eu fui embora." (J29MU8)*

*"[...] mas já cheguei a comer um viado pra ganhar uma grana. Lógico que já, mano." (W30MU12)*

Não é raro a homens e mulheres o consentimento a práticas sexuais que não lhes agradam. Pode-se incluir aos exemplos do W30MU12 e do J29MU8, a história da E33FE6U5. Essa artesã de 33 anos é homossexual, mas se prestava a fazer sexo com homens em função do crack.

## **2) Manipular pessoas**

O usuário de crack se torna mentiroso e manipulador quando está em fissura. A situação a seguir é clássica no repertório do usuário fissurado e ilustra a forma manipuladora de agir:

*"Eu via que o seu carro é álcool: 'Minha senhora, desculpe incomodar. Por gentileza, será que a senhora poderia me arrumar dois litros de gasolina pra mim? Acabou gasolina do meu carro lá embaixo, tal', [a mulher respondeu:] 'Meu filho, mas o meu carro é álcool', [o usuário argumentou:] 'Pô, fico até constrangido, pegou a gente desprevenido. Será que a senhora poderia me arrumar uns três, quatro, cinco reais para colocar uns dois litros de gasolina no carro?'. Era onde eu arrumava dinheiro. E assim ia no outro, no outro, no outro." (F33MU18)*

*"Arrumava um montão de dinheiro pedindo. Contava aquela história triste... (risos). No psicológico... [...] teve um tempo que eu pedia dinheiro na rua, eu acharcava, chama acharcador. É mais fácil você arrumar dinheiro pra droga do que você arrumar dinheiro pra comer, sabia disso? [...] Eu já passei fome na rua e não pedia [comida ou dinheiro para comprá-la]. E pra usar crack eu pedia. Vai saindo as palavras, você vai conversando e vai envolvendo as*

*peças. Eu tinha cliente que eu passava nas casas pra pegar dinheiro."*  
(S47ME5U16)

A mentira e a dissimulação foram as formas mais relatadas de manipulação de pessoas. Os próprios entrevistados mostraram ter consciência dessa mudança na personalidade e sabiam que haviam perdido a confiança de muitas pessoas por terem desenvolvido esse comportamento. Mesmo após o abandono do uso de crack, os ex-usuários entrevistados relataram não recuperar a confiança das pessoas próximas a eles. "*Ninguém confia. Eu carrego isso até hoje*", relatou um guardador de carros de 47 anos, abstinente de crack há cinco anos.

### **3) Endividar-se**

Além de se expor aos perigos inerentes ao uso de uma droga ilícita (freqüentar lugares violentos, poder ser pego pela polícia), o sujeito em fissura por crack muitas vezes se endivida com os traficantes e corre um sério e real risco de morte caso não quite a dívida no tempo estabelecido. Este usuário de 31 anos passou por maus momentos por causa de dez reais:

*"Fiquei devendo, fiquei devendo. O cara [o traficante] colocou duas armas na minha cara. [...] É dívida pouca, é... por causa de dez real."* (I31MU9)

Alguns entrevistados comentaram sobre o interesse dos traficantes em incentivar o uso de crack. Devido à intensidade da fissura, o crack é uma mercadoria que lhe garante uma clientela fiel.

#### **4) Trocar pertences por crack**

Outra forma para se obter crack é através da troca, na boca, de objetos pessoais por crack. Os entrevistados relataram grandes prejuízos através dessa prática:

*"Eu cheguei a vender uma câmera de quatrocentos [reais] por trinta [reais]. Se o cara falasse: 'Dou dez [reais]', era capaz de eu ter vendido por dez [reais], entendeu?" (G31ME6mU13)*

*"[...] meu armário, eu tinha pagado duas prestações só do armário. [...] E dei o armário a troco de uma pedra. [...] Na hora, você: 'Ai, não estou nem vendo', mas depois... Depois que é o ruim, que você olha, aí você vê e fala: 'O que que eu fiz?'" (M25FU6)*

F33MU18 relatou ter trocado seu carro por duzentas pedras de crack. Arrependido, ele tentou desfazer a troca levando a quantia equivalente às duzentas pedras em dinheiro no dia seguinte para o traficante. O traficante não aceitou. Vários entrevistados afirmaram sentir este tipo de arrependimento. Por poucas pedras, perde-se o que se levou muito tempo para conseguir.

#### **5) Roubar**

Enquanto alguns afirmam que a realização desta prática depende mais da índole do sujeito do que da fissura, outros responsabilizam a fissura pela transformação de caráter que tornaria o sujeito capaz de roubar para assim comprar crack. Não foram todos os entrevistados que relataram o roubo como forma de obtenção de dinheiro, porém essa foi uma das práticas mais citadas.

O seguinte relato é de um usuário de 36 anos que acredita que a fissura justifica o roubo:

*"[...] você usa ele [o crack], você quer mais e você não tem dinheiro, o seu procedimento é arrumar dinheiro, vai ter que roubar. [...] Duvido um cara chegar para você que ele usa crack e não rouba, só se ele tiver muito dinheiro, se ele tiver dinheiro bom mesmo. Se ele for bem de vida, ele não vai roubar porque ele vai ter dinheiro pra comprar. O cara, se ele não tiver dinheiro, ele rouba."* (E36MU18)

*"Teve uma coisa que eu fiz que, nossa, eu me arrependo até hoje. Que eu fui limpar a casa da minha avó adotiva e não tinha ninguém. Olha como o povo é louco: sabendo que eu sou uma viciada, deixaram a casa na minha mão [...]. Só que quando a minha avó chegou de viagem não tinha mais nada dentro de casa. [...] Vendi tudo, tudo, tudo, tudo. Não sobrou nada! [...] Só que eu, naquela hora, estava doida para usar droga mesmo, então eu não tive o controle da situação."* (C22FU4)

## **6.2 Fissura e agressividade**

Além da importância do papel da fissura na dependência e nas recaídas, ela também parece ser um forte fator influenciador no desenvolvimento da violência associada ao uso de crack.

Quando em fissura, os entrevistados defendem com veemência a continuidade do uso de crack. Qualquer empecilho que atrase ou impeça o consumo de crack é motivo de insatisfação, traduzida em irritação e nervosismo, de acordo com os depoimentos:

*"Eu quebrava tudo dentro de casa: copo, prato, ia tudo para o chão. [...] Fico agressiva demais na fissura." (M25FU6)*

*"O que eu sentia na fissura? Uma vontade de usar, raiva, ódio, um monte de coisa, tudo coisa ruim [...] pensava muito em vontade de matar." (E33FE6U5)*

*"[...] a gente [ele e a esposa] estava no trânsito, aí eu já estava tudo programadinho para poder ir buscar uma droga, aí ela inventava de fazer alguma coisa que fugia dos planos. Então, ou seja, demorava mais para eu poder usar [o crack] e aquilo me irritava. Aí, aquilo fazia com que eu brigasse com ela." (G29MU12)*

A agressividade é peculiar à manutenção do uso de crack, uma agressividade para se conseguir o que quer, não importando as conseqüências. É diferente da agressividade desenvolvida na nóia, em que o indivíduo se torna agressivo para se defender de uma ameaça que faz parte de seu delírio. Apenas alguns entrevistados relataram se sentir mais agressivos na nóia (alguns até ficavam mais medrosos), no entanto, muitos afirmaram que em fissura, a agressividade e a violência são constituintes essenciais.

### **6.3 Fissura induzida pelo próprio efeito do crack e *binge***

Nos *binges*, é comum passarem dias à base de crack, álcool e cigarro. O fim dessa intensa jornada é determinado pelo esgotamento físico do usuário.

Existe uma íntima relação entre a fissura induzida na vigência do uso de crack e o padrão *binge* de consumo. Todos os entrevistados afirmaram já terem desenvolvido este padrão de consumo de crack pelo menos uma vez. A este padrão de consumo desenvolvido na fissura é creditada a culpa pelo

rebaixamento de valores e também pela degradação física típica do usuário de crack, conforme o relato:

*"Uma vez eu fiquei 48 horas [usando crack], quase morri. [...] Sem comer, sem conseguir engolir nada, até água quando eu engolia, queimava tudo aqui por dentro. Fiquei num estado de calamidade pública, foi quando eu fui internada."* (M47FU15)

Após fumarem a primeira pedra de crack, o aparecimento da fissura parece ser inevitável:

*"[...] O crack, quanto mais você fuma, você quer ele. [...] O crack é uma droga que nunca mata a sua vontade.[...] Aí quando você solta aquela fumaça, dá aquela sensação de quero mais."* (M40FE15U3)

*"É uma vontade irresistível, tipo a batatinha Elma Chips. É impossível ficar numa [pedra] só."* (A40MU12)

Para manter o uso de crack durante dias seguidos, incessantemente, o usuário gasta altas quantias (C40MU8 gastou nove mil reais em crack em sete dias de uso intenso) e na sua falta, submete-se a qualquer situação por mais crack, tamanha a compulsão desenvolvida. Os relatos a seguir expõem como a continuidade do uso de crack deixa de ter um motivo (a procura pelo prazer ou o alívio de uma angústia, por exemplo) e se reduz simplesmente a alimentar uma compulsão:

*"Aí tem umas certas horas que você fuma, fuma, você não está agüentando fumar, você não está agüentando mais ver a droga na sua frente, aí quando você dá o último pega, você dá graças a Deus."* (R35MU12)

*"[...] você não está agüentando mais [...] Você está vomitando, você não quer mais porra nenhuma, tá ligado? E você tá usando, porque o bagulho [o crack] força você a usar. [...] O seu corpo força você usar aquilo." (W30MU12)*

#### **6.4 A labilidade do controle da fissura**

O presente estudo atentou para as situações em que o indivíduo desenvolveu fissura, mas não usou crack em decorrência dela. Isso permitiu identificar quais situações os fazem controlar a vontade pela droga. Dentre elas estão: a família estar por perto (B24ME6mU8, R39FU20), ter que trabalhar (M40ME2U15, J29MU8, C40MU8), não ter mais dinheiro (S42MU17, V37FU12), não ter como comprar porque a boca está fechada (M35MU13), realização de exame toxicológico para não perder a guarda dos filhos (M25FU6) e não querer prejudicar a saúde (S50FE16mU3). O que foi observado é que essas ocasiões são extremamente particulares e estão muito relacionadas com os valores de cada indivíduo. Controlar a fissura em situações em que existe um impedimento externo (boca fechada ou polícia cercando a favela, por exemplo) é de fácil compreensão, mas como interpretar que a esposa chegar do trabalho é motivo para um homem de 24 anos controlar sua fissura por crack?

*"Eu estava na fissura, eu estava saindo [para comprar crack], já estava fechando a casa para sair, eu vi ela [a esposa] no corredor vindo, aí eu falei: 'Nooossa, melou o esquema' e aí eu não fui pegar [crack]." (B24ME6mU8)*

O que merece destaque é a labilidade desse controle. Em algumas situações o sujeito consegue controlar a fissura e em outras não. O fato de ter controlado em um determinado dia não significa que ele consiga controlar

sempre a fissura. Um ponto crucial para esse controle parece ser o contexto de vida do indivíduo e seu estado emocional. Quanto maior a satisfação do sujeito com a sua própria vida, menor a possibilidade de ele sucumbir à fissura, como exemplifica o seguinte relato de uma usuária de 28 anos que estava grávida no momento da entrevista e morando em um abrigo para gestantes na cidade de São Paulo:

*"Sabe o que que é você ficar dez dias na rua e você olhar e falar: 'Eu estou sentada na privada', tá me entendendo? [...] o crack não deixa você ter isso, porque você fica na rua. [...] então, cada dia pra mim é assim: 'Eu estou sem crack? Tá doendo, tá faltando, eu tô sentindo falta? Ó, mas eu já almocei, eu já tomei banho [...] Não, não compensa [usar crack]. Eu vou segurar [a fissura] mais um tempinho'." (L28FU8m)*

## **6.5 Estratégias para controlar a fissura por crack ou para impedir o seu desenvolvimento**

Para lidar com a fissura, o importante é conseguir desviar o pensamento dela. Uma vez em que o sujeito se determina a não se entregar a sua compulsão, ocupar-se com outras formas de sentir prazer aparece como uma estratégia muito eficaz. O sujeito encontra satisfação em atividades corriqueiras, como trabalhar, estudar, cultivar a espiritualidade, jogar futebol e ter relação sexual, conforme os relatos:

*"[...] aqui [no trabalho] eu tenho que fazer isso daqui, eu não tenho que estar usando crack, eu tenho que fazer isso daqui, eu tenho que terminar a minha tarefa do dia. [...] Essa é a alternativa que eu achei pra esquecer da fissura." (R30MU20)*

*"[...] então, pelo menos todo fim de semana em vez de eu sair, eu vou estudar com ele [um amigo] lá. Fico lá, é tipo uma terapia, é melhor do que eu ficar na rua [...]. É porque cabeça desocupada é a oficina de Satanás."*  
(M41MU17)

*"Quando eu queria parar, eu corria para a igreja. [...] se eu sair da igreja, eu estou arriscado a desandar na droga, porque aí a mente vai ficar vazia."*  
(S47ME5U16)

*"[...] eu fui me divertindo com outras coisa [...]. Aí, eu ia na escola fazer computação, jogar futebol, sabe? Fazer outras coisas. E nisso eu me distraía bastante. [...] Se eu parar e fizer outra coisa, eu já esqueço [o crack]."*  
(R18FU1)

*"[...] uma coisa que ajuda muito a minimizar [a fissura por crack], você precisa do prazer rápido para passar uma fissura. [...] Durante muitos anos eu tive muitos namorados, né? Dava uma gozadinha, já acalma." (L48FU18)*

Comer foi uma estratégia citada só por mulheres, que relataram comer compulsivamente para aplacar a fissura por crack:

*"Quando eu sentia assim muito aquela necessidade mesmo de fumar, eu comprava bala, comia. [...] Eu sempre recorri à comida. [...] Doce. [...] Massa. É coisa que te enche rápido, que você quer alguma coisa que te encha rápido." (M25FU6)*

Dormir também é um método eficaz e geralmente é induzido pelo uso de medicamentos (principalmente os benzodiazepínicos) e/ou psicoativos que causam sonolência, como o álcool e a maconha:

*"[...] teve uma vez que eu usava tanto, tanto, tanto, que eu pegava dois diazepam e tomava [...] fumava maconha por cima, ficava dois, três dias dormindo. [...] A única coisa que eu fazia para não usar [crack] era me dopar."*  
(D18FU2)

Os entrevistados também se utilizam de estratégias para prevenir o desenvolvimento da fissura. Quando sentem a necessidade de parar de usar crack, os entrevistados têm a consciência de que o hábito de fumá-lo precisa ser quebrado. Desta forma, aplicam-se estratégias que focam na mudança de comportamento, geralmente aprendidas em centros de tratamento e/ou apoio a usuários de drogas, como os 12 passos dos Narcóticos Anônimos:

*"[...] quanto mais conhecimento você tem, menos fissura você sente porque você começa a se policiar mais e tal. [...] Você pega aqueles 12 passos e começa a aplicar na sua vida. E aqueles 12 passos não serve só para você ficar limpa [ficar sem usar drogas], serve para tanta coisa."* (G27FU12)

Evitar o contexto social de uso de crack, ou seja, se afastar do local e dos amigos de consumo (pistas externas), também é uma forma de não permitir que a fissura se desenvolva. O depoimento a seguir exemplifica:

*"[...] mudando de hábito, mudando de lugares, mudando de ambientes, andando com pessoas novas, amizades novas, fazendo coisas diferentes, aí você pára [de usar crack]."* (F33MU18)

Em alguns casos, os próprios usuários procuram a internação, pois ao se restringir a própria liberdade, impossibilita-se o contato com o contexto de uso, não dando chance para a fissura se desenvolver, conforme o relato:

*"Aí, ela [a assistente social] falou: 'Você quer tratar [a tuberculose] em casa?', eu falei: 'Em casa eu não vou tratar porque eu vou beber, eu vou fumar.' [...]. Ela falou: 'Então, vou te levar pra um lugar que você tem que ficar lá trancado oito meses, você quer ir?', falei: 'Vou, que na rua eu não vou ficar', porque se eu ficasse na rua não ia adiantar, ia tomar remédio, ia pro bar beber, ia usar crack."* (M41MU17)

## **6.6 Fases da fissura no uso de crack**

### **6.6.1 Fase do consumo de crack em que a fissura começa a aparecer**

O momento em que a fissura surge na vida do usuário de crack após o primeiro uso varia de acordo com o indivíduo. Alguns relataram terem sentido fissura logo no primeiro uso de crack (I31MU9, M47FU15, E34MU23), outros após alguns dias de uso (A40MU12, G27FU12, J19FE8mU4), ou depois de alguns meses de uso (R35MU12, J29MU8, C22FU4, D32FU5, S47ME5U16, M40FE15U3) e ainda há os que dizem que após alguns anos de uso a fissura surgiu (W30MU12, R39FU20, G31ME6mU13, F27MU3). Um caso interessante é o da B38FU7, que no primeiro uso de mesclado (crack fumado com maconha) já sentiu fissura.

### **6.6.2 Tempo que o indivíduo leva para entrar em fissura após o início da abstinência**

Uma vez que a fissura é um dos efeitos do crack, a abstinência não é um fator imprescindível para que ela ocorra.

Alguns entrevistados disseram que a fissura surge quando o efeito prazeroso do crack termina, como já foi citado no item 6. Este seria um caso de fissura induzida pela retirada ou abstinência do crack.

O que se percebeu é que, uma vez abstinente, o sujeito começa a sentir fissura muito mais devido a gatilhos ambientais (pistas externas) e emocionais (pistas internas) do que pela simples queda nos níveis circulantes da droga.

### **6.6.3 Duração da fissura**

Existem dois momentos distintos no que concerne a duração da fissura: a) a fissura pontual, aquela em que o sujeito por não conseguir usar crack (devido a uma variedade de empecilhos) se vê obrigado a suportá-la naquele momento (geralmente utilizando-se de estratégias) e b) a fissura ao longo de um período de tentativa de parar de consumir crack, em que o indivíduo decide parar de usar crack e em decorrência desta escolha, aprende a conviver com a fissura.

Quanto à fissura pontual, a variedade em sua duração é grande. Horas (S42MU17, I31MU9, M41MU17) e minutos (R39FU20, G27FU12, C40MU8, R18FU1, D32FU5, G29MU12) foram os mais recorrentemente citados, sendo que a duração da fissura varia em um mesmo indivíduo. M25FU6 relatou que "*às vezes passava horas, às vezes passava segundos*" em fissura.

Na fissura sentida ao longo de um período de tentativa de parar de usar crack, este tempo aumenta. Os ex-usuários entrevistados afirmaram sentir fissura mesmo depois de um longo período de abstinência, tendo a fissura uma duração infinita. S47ME5U16 relatou que após cinco anos de abstinência, ele

continua sentindo fissura por crack. Há um ano e meio abstinente de crack, S50FE16mU3 também relatou ainda sentir fissura por crack.

## **6.7 Diferenças entre homens e mulheres durante a fissura**

Durante as entrevistas, foi levantada a questão sobre a possibilidade de haver diferenças entre homens e mulheres na vivência da fissura por crack. As respostas variaram muito, o que tornou difícil uma categorização.

Alguns entrevistados acreditam que a diferença na vivência da fissura está mais relacionada ao organismo da pessoa do que a uma questão de gênero, exceto pela forma de se obter dinheiro para sanar esta fissura. Enquanto os homens se utilizam mais de roubos para obter dinheiro, as mulheres têm na prostituição um meio para obtê-lo, embora o inverso também aconteça, porém com menor frequência, de acordo com o seguinte relato:

*"Ah, eu acho que a mulher, ela tem a opção de se prostituir. O homem não, ele não vai se prostituir, apesar que eu conheço muitos putos, prostitutas. [...] vamos pôr um exemplo: você está ali na faculdade, se eu passar grávida e te pedir dinheiro pra comer um lanche, você vai dar pra mim ou vai dar pra um cara que passar? Então, a mulher, ela tem mais recursos. Então, é aonde a fissura do homem é diferente. É onde ele vai roubar, porque sobra o quê? Roubar." (L28FU8m)*

### **6.7.1 Mulheres: fases hormonais, gestação e fissura por crack**

Quando indagadas se sentiam alguma diferença na fissura nas diferentes fases hormonais, grande parte das entrevistadas relatou não sentirem diferença alguma (B38FU7, M47FU15, R39FU20, D18FU2, A21FU9,

D32FU5, J19FE8mU4, L48FU18, S31FE8mU4, V37FU12, E33FE6U5). Contudo, houve relatos de aumento da intensidade da fissura durante o período pré-menstrual (J19FU6, M40FE15U3).

Um depoimento interessante é o da já citada usuária de 28 anos que estava grávida no momento da entrevista, L28FU8m. Ela relatou que, quando está abstinente de crack, seu filho pula menos na sua barriga:

*"Ele parou de mexer e nem o coração dele [o médico] ouvia, estava bem baixinho. O médico do Hospital Ipiranga, na hora que eu cheguei lá, o médico falou assim: 'Mãe, a senhora é usuária?', eu falei: 'Sou, de crack', ele falou: 'Pois então, parabéns. Seu filho está tendo crise de abstinência'. [...] Eu tentei levar na esportiva, mas doeu. Aí eu descí, fumei uma pedra, meu filho começou a mexer e eu subi e eles ouviram o coração do meu filho nitidamente."*  
(L28FU8m)

## 5 DISCUSSÃO

Como já foi exposto anteriormente, existe uma falta de consenso entre os investigadores no que concerne à definição e à relevância da fissura para a manutenção da dependência de drogas. Essas diferenças variam desde aqueles que acreditam que a fissura é a maior determinante no comportamento de auto-administração de drogas, até aqueles que acreditam que a fissura é hipotética e não é experimentada por todos os dependentes de drogas [1, 2, 5-7]. Através dos depoimentos desta pesquisa, pode-se afirmar que, no caso do crack, a fissura é um fenômeno experimentado por todos os entrevistados, a qual foi identificada por ansiedade, obsessão e mal-estar para conseguir a droga, levando os usuários a não conseguirem evitar o uso de crack.

Pistas internas (do humor) e externas (do ambiente), estados de abstinência e o próprio efeito da droga servem de catalisador de fissura, sendo que mais de um tipo de fissura pode ocorrer ao mesmo tempo em um mesmo indivíduo. Da mesma maneira, atualmente fala-se em três desencadeantes de fissura, como Bruehl *et al.* [7] descrevem: a induzida por pista do ambiente (ver alguém usando, sentir o cheiro, lidar com a parafernália, freqüentar um lugar onde costuma ou costumava usar), a induzida pela retirada da droga e a induzida pelo próprio efeito da droga.

Stalcup *et al.* [18] afirmam que as recaídas acontecem devido à perda de controle durante a fissura, corroborando com o que foi dito pelos informantes-chave e pelos usuários e ex-usuários entrevistados. Os autores enumeram quatro causas de fissura: 1) Pistas ambientais; 2) Estresse ou pistas internas; 3) Doença mental (Regier *et al.* [56] encontraram, em um grupo de pessoas

com problemas decorrentes do uso de cocaína, 76,1% com alguma comorbidade psiquiátrica, principalmente transtornos de humor e de ansiedade) e 4) Retirada da droga. Eles acreditam que a fissura pode ser prevista, reconhecida e analisada e propõem um programa de tratamento da fissura onde o foco é manejá-la através do conhecimento e controle das pistas do ambiente e evitando-se fome, raiva, solidão e cansaço (o chamado “HALT – Hunger/Anger/Lonely/Tired - lifestyle”). Um dependente alimentado, calmo, amparado e descansado lida melhor com a fissura do que um dependente com fome, com raiva, sozinho e cansado.

Os depoimentos foram categóricos no estabelecimento da relação entre contato com pistas do ambiente e desenvolvimento de fissura. A sensibilização não é uma consequência inevitável da exposição às drogas potencialmente aditivas, isto é, ela não é um simples fenômeno farmacológico. A expressão e a indução da sensibilização pode ser fortemente modulada por fatores não-farmacológicos, incluindo fatores ambientais associados com a administração de drogas. A influência dos fatores ambientais na sensibilização tem importantes implicações não somente para a compreensão do fenômeno, mas também no manejo de terapias que tratam a dependência [13].

Sobre a fissura induzida pela retirada, foram comuns os relatos em que os entrevistados afirmaram que apesar de não sentirem mais prazer, continuavam usando crack até que ele e o dinheiro acabassem ou até o esgotamento físico, pois a ausência do crack dava-lhes uma sensação enlouquecedora e uma urgência em saná-la. Desta maneira, o objetivo da procura obcecada por crack não é somente conferir prazer ao usuário, mas

também aliviar um estado de mal-estar, como postulado por Baker e Morse [19].

Ao término de um *binge*, segue-se a fissura com um comportamento de procura por mais crack, um dos sintomas da síndrome de abstinência. De acordo com Gawin e Kleber [20], os sintomas da síndrome de abstinência têm um curso trifásico. A primeira fase é chamada de *crash* e é caracterizada por uma intensa disforia, insônia, irritabilidade e ansiedade. Essa fase pode durar de 9 horas a 4 dias. A fase 2 é chamada de retirada e é descrita como um período de anedonia e de falta de motivação. O indivíduo não encontra prazer em outras atividades, só a droga lhe parece uma fonte de satisfação. A fissura ainda está presente; a duração desta fase varia de uma a dez semanas. Se a abstinência for mantida durante essas duas fases, segue-se uma terceira fase, a extinção. Nessa última fase, a fissura é episódica e dura indefinidamente. A síndrome de abstinência contribui para o círculo vicioso: o término do uso de crack leva aos sintomas de sua retirada e assim a disforia associada à fissura leva o indivíduo à recaída [8, 20].

Quanto à fissura induzida pelo próprio efeito do crack, foi observada uma íntima relação entre ela e os *binges* de uso de crack, não só observada nos relatos dos entrevistados, mas também nos relatos de alguns informantes-chave. Alguns entrevistados relataram só sentirem fissura depois de terem fumado a primeira pedra e também afirmaram que é impossível fumar uma pedra só. Depois de iniciado o uso de crack em um determinado momento, fica muito difícil evitar a sua continuidade e para mantê-la o usuário utiliza-se de medidas atípicas (quando comparadas com o seu próprio comportamento) para

obter crack, a citar: roubos, dissimulação e prostituição. Jaffe *et al.* [57] examinaram a fissura induzida pela cocaína. Nove usuários de cocaína receberam injeções desta droga e de placebo. Em seguida, responderam um questionário para avaliar o "querer" ou o "fissurar" a cocaína. Quinze minutos após a administração da cocaína, a pontuação tanto para o "querer" quanto para o "fissurar" estava aumentada quando comparada à pontuação após a administração de placebo.

Esta relação entre *binge* e fissura induzida pela droga também foi observada por Bruehl *et al.* [7] com usuários de *ice* (metanfetamina fumada), o "crack dos ricos", uma droga sintética que também pode ser utilizada pela mesma via que o crack e cujos usuários desenvolvem comportamentos obsessivos muito semelhantes aos dos usuários de crack, porém com custo superior a este.

Os contornos obsessivos da fissura por crack tiram do indivíduo sua capacidade de escolha e discernimento, focando todas suas atitudes na obtenção de mais crack, apesar da notória e consciente degradação física e moral. Isso reforça a importância dessa sensação na dependência de crack. Modell *et al.* [58] sugerem que, devido às semelhanças sintomáticas entre a dependência e o transtorno obsessivo-compulsivo, ambas dividem uma etiologia similar.

Corroborando com o que foi afirmado por alguns informantes-chave, no meio científico acredita-se que uma alteração nas vias inibitórias do sistema límbico é o que mantém o desejo pela droga sem controle. A neurotransmissão dopaminérgica aí localizada seria um dos substratos neurais básicos na

geração da fissura. Estudos neuroquímicos mais atuais relatam que disfunções da via serotoninérgica seriam também causa de fissura [1].

Os traficantes de drogas não precisaram recorrer à literatura científica para perceberem o poder da fissura causada pelo consumo de crack. Eles têm na fissura o seu grande trunfo: além de causar síndromes de abstinência cada vez mais incômodas após consecutivos *binges* [15], a fissura é um dos efeitos do crack, ou seja, eles vendem uma mercadoria que ao ser consumida despertará um desejo por mais desta mesma mercadoria. Ainda melhor: este desejo terá traços obsessivos, levando o usuário a abrir mão de seus próprios valores para manter o uso da substância. É a garantia de fidelização do cliente.

Alguns relatos mostraram o aumento dos efeitos negativos do crack e uma diminuição dos efeitos prazerosos dele. Os efeitos agudos da cocaína incluem euforia, aumento de energia, uma sensação de bem-estar, acuidade mental, consciência sensitiva, excitação sexual e diminuída necessidade por comida e descanso. Os efeitos sensitivos e cognitivos acompanham o aumento da atividade simpática, marcado por taquicardia e aumento da pressão sanguínea. Com a administração repetida ou altas doses, o bem-estar é substituído por disforia, tremedeira, instabilidade, paranóia e delírio [59]. Quando os efeitos prazerosos diminuem gradualmente no consumo contínuo e repetido de crack, o fenômeno que surge freqüentemente em poucos minutos é chamado de dessensibilização ou taquifilaxia, em que existe uma exaustão dos receptores. Tolerância é o termo usado para descrever uma redução mais gradual na resposta a uma droga, cujo desenvolvimento leva vários dias ou semanas [24].

Existe uma série de comportamentos de risco repetidamente relatados pelos entrevistados. A prostituição é muito mais comum entre as mulheres, sendo esta uma forma sem conseqüências legais para elas (elas não correm o risco de serem presas e por esta razão se sentem mais seguras [35]). Roubos, dissimulação, freqüentar lugares violentos e lidar com traficantes são algumas das formas pelas quais o usuário de crack se expõe para obter a droga. Alguns entrevistados afirmaram que todo este contexto já vem embutido com o uso de crack.

Os dados da literatura e os depoimentos colhidos nesta pesquisa deixam claro que a relação entre fissura (um dos efeitos do crack) e aumento de agressividade é significativamente forte. O crack levaria o usuário a cometer atos ilícitos e até utilizar-se de violência para conseguir mais droga devido ao forte desejo desenvolvido [35, 60, 61]. Licata *et al.* [62] creditam aos efeitos farmacológicos da cocaína o aumento de agressividade. Estudo publicado por Chermack e Blow [63] estabelece a relação entre consumo de cocaína e violência.

O uso de cocaína e a cultura envolvida no seu consumo são popularmente associados com agressividade e violência [64]. Em pesquisa realizada por Miller *et al.* [65], os dependentes de cocaína entrevistados relataram comportamentos agressivos que variaram desde agressões psicológicas até maiores atos físicos que incluíam assassinato e estupro. Os autores ainda afirmam que os mecanismos farmacológicos envolvidos na indução de violência associada com cocaína devem abranger os mesmos sistemas de neurotransmissão afetados pela cocaína.

Apesar dos usuários e ex-usuários entrevistados não terem um conhecimento profundo sobre as neuroadaptações que ocorrem devido ao uso de crack, as estratégias utilizadas por eles são as mesmas utilizadas pelos informantes-chave (profissionais que detêm um conhecimento profundo sobre o tema e que se ocupam do tratamento de dependentes de drogas). Este dado chama a atenção para as muitas situações em que o usuário ou o ex-usuário de crack não precisou se consultar com um profissional de tratamento de dependência para notar a existência e a validade dessas estratégias.

É muito interessante constatar que, apesar de terem perdido o controle em várias situações relacionadas ao crack, as pessoas entrevistadas possuem um autoconhecimento que lhes permite controlarem-se em outras ocasiões. Elas sabem que uma vez iniciado o uso de crack, é muito difícil sair dele, pois tanto a fissura induzida pelo efeito dessa droga como aquela induzida pela sua retirada são as que causam maior mal-estar e comportamento obsessivo. Evitar as pistas que lembram o uso de crack e conseqüentemente despertam a fissura é uma estratégia que visa prevenir o seu desenvolvimento e não o seu alívio. Desta maneira, os entrevistados relataram evitar pessoas, lugares e instrumentos que tenham relação com o contexto de uso de crack, assim como situações de estresse sob as quais sentiriam um forte impulso em consumi-lo. Portanto, uma das formas mais eficazes de lidar com a fissura é impedir que ela se desenvolva.

Uma vez em fissura, o sujeito pode aplicar seus próprios conhecimentos empíricos sobre psicoativos para aplacá-la. De uma forma até intuitiva, os entrevistados procuram drogas depressoras, ou seja, drogas com efeitos

antagônicos aos do crack. O uso de drogas depressoras foi relatado como uma estratégia muito eficaz para o alívio da fissura por crack, sendo a maconha e os benzodiazepínicos (usados como moeda de troca na Cracolândia em São Paulo) os preferidos para esse fim. A eficácia do uso de maconha em reduzir a fissura em usuários de crack já havia sido sugerida pela pesquisa de Labigalini *et al.* [66], na qual 68% dos usuários de crack pertencentes à amostra conseguiram manter-se abstinentes desta droga através da ajuda dos efeitos da maconha. Além disso, o declínio da urgência em se usar crack deveu-se ao fato de que o preparo do baseado (cigarro de maconha) também envolve um ritual, assim como o preparo do cachimbo de crack. Uma vez que o crack também é fumado, a confecção do baseado reproduz subjetivamente a preparação do cachimbo de crack, aliviando a fissura por crack.

No que concerne às medidas não-farmacológicas para se aplacar a fissura, foram citadas as formas de obtenção rápida de prazer, como ter relação sexual e comer, que também ativam a zona de recompensa do cérebro, similarmente ao próprio mecanismo de ação da cocaína. O que ficou nítido é que em um momento de desespero, em que se procura aliviar a fissura de qualquer maneira, essas estratégias podem ser tão obsessivas quanto à própria fissura por crack. Porém, não é dado seguimento a essa compulsão e ela se presta somente a aliviar a fissura por crack. Uma vez aplacada a fissura, a compulsão estratégica perde a sua função e desaparece.

Outras condutas, também eficazes, segundo alguns entrevistados, e aparentemente simples, são as que focam na mudança de comportamento e na quebra de hábitos. Desta maneira, a participação em grupos de mútua ajuda

e o apego a alguma religião foram citados como boas táticas para manter a mente livre de pensamentos obsessivos relacionados ao crack, como já observado anteriormente por Sanchez e Nappo [67]. O autoconhecimento novamente se mostra precioso: os próprios entrevistados relataram se empenhar em atividades que lhes proporcionam prazer, um tanto quanto ordinárias, como jogar futebol e pintar uma parede.

A diversidade de escolaridade, as diferenças de classe social e o exercício de uma atividade provedora de renda dos entrevistados deste estudo fogem das características dos usuários de crack encontradas em outras pesquisas que usaram uma metodologia similar, em que o usuário possuía baixa escolaridade e dificilmente conseguia manter um emprego [36, 68]. As estratégias de controle da fissura e/ou controle de seu desenvolvimento citadas provavelmente os ajudam a manter responsabilidades, sem maiores comprometimentos sociais e morais.

Os padrões de consumo de crack variam ao longo da vida do indivíduo, agravando-se em momentos de estresse. O crack é usado como uma válvula de escape para o alívio de sensações negativas, porém, após a efêmera euforia, o crack acaba criando uma nova sensação desagradável: a fissura. Seus contornos obsessivos desencadeiam comportamentos que parecem ser a causa das perdas relacionadas ao uso de crack.

Informantes-chave e ex-usuários entrevistados concordam que a fissura por crack é sentida indefinidamente, mesmo após um longo período de abstinência, sendo fortemente instigada por pistas. A sensibilização neural

persistente é a explicação para este fenômeno na teoria de incentivo-sensibilização proposta por Robinson e Berridge [13].

Sobre a possível diferença na vivência da fissura entre homens e mulheres, não foi possível fazer uma analogia com os relatos obtidos neste estudo, pois, assim como os informantes-chave, os entrevistados também mostraram não ter conhecimento sobre essas diferenças. O ponto referido pela informante-chave com experiência no tratamento de mulheres dependentes (TP3) sobre a diferença no desencadeamento de fissura entre homens e mulheres (para homens o fator mais forte seriam as pistas do ambiente e para as mulheres este fator seriam as pistas internas) não foi constatado nas entrevistas com usuários/usuárias e ex-usuários/ex-usuárias.

Os entrevistados discorreram facilmente sobre suas próprias sensações, contudo encontraram dificuldade em fazer uma analogia com pessoas do sexo oposto. No entanto, em pesquisa de Robbins *et al.* [69], as mulheres relataram sentir mais fissura quando expostas às pistas do ambiente relacionadas com o crack do que os homens. Um estudo de McKay *et al.* [70], mostrou que as recaídas em mulheres possuíam um maior caráter impulsivo do que em homens.

Dudish e Hatsukami [71] encontraram poucas diferenças de gênero nos padrões de uso de crack. Os dois grupos relataram episódios de humor depressivo, atividade criminal e quebra de valores. No entanto, os autores encontraram diferenças de gênero na obtenção de crack e/ou dinheiro para comprá-lo através da troca de favores sexuais, sendo que este dado concorda

com a única diferença apontada categoricamente pelos informantes-chave e pelos entrevistados desta pesquisa.

Li *et al.* [72] fizeram uma pesquisa com neuroimagem para verificar diferenças na neuropatologia do abuso de cocaína entre homens e mulheres. Algumas diferenças na ativação neural decorrentes de estímulos ambientais ligados à cocaína foram encontradas, porém os autores não explicam como essas diferenças afetam as recaídas. Um estudo de Evans *et al.* [73] mostrou que, no decorrer de um *binge* de uso de cocaína fumada, o nível de fissura decresceu nas mulheres, enquanto nos homens, ele se manteve estável.

Através dos relatos das entrevistadas desta pesquisa, nada se pode afirmar sobre alterações na fissura decorrentes das flutuações hormonais peculiares às fases do ciclo menstrual. As respostas variaram muito e apenas uma pequena parte das mulheres entrevistadas relatou ter sentido diferenças no efeito e/ou na fissura por crack nas diferentes fases do ciclo menstrual, sem conseguir esclarecer exatamente qual diferença sentiam. Na literatura científica pesquisada, encontrou-se em estudo de Evans *et al.* [74] que os efeitos cardiovasculares e subjetivos de repetidas doses de cocaína fumada são complexos e variam em função da fase do ciclo menstrual e da dose de cocaína. Na presença de estradiol e na ausência de progesterona, isto é, na fase folicular, os efeitos da cocaína parecem ser maiores quando comparados aos efeitos desta mesma droga na fase lútea, quando os níveis de estradiol e de progesterona estão elevados.

Por se tratar de uma amostra intencional, os resultados desta pesquisa não podem ser generalizados, tampouco utilizados para representar toda a população de usuários e ex-usuários de crack.

## 6 CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que a fissura por crack, entre outros sintomas, desencadeia compulsão, comportamento de risco, sofrimento, agressividade e padrão *binge* de consumo (o padrão de uso intenso, repetido e contínuo de crack), o qual pode estar relacionado ao desenvolvimento de dependência. Mostrou ainda, que a fissura pode originar-se sob a vigência do uso de crack, levando o usuário a um padrão de consumo do tipo *binge*. Portanto, entender a fissura na concepção do próprio usuário, conhecendo a forma como aparece, o que ela causa ao usuário, o modo como ele se comporta sob sua ação e as estratégias que esse usuário utiliza para enfrentá-la podem ser subsídios valiosos para o profissional que se ocupará com seu tratamento. A existência de usuários de crack que conseguem controlá-la com o auxílio de estratégias individuais de redução de danos, mesmo que seja em alguns momentos, abre a possibilidade de identificar e trabalhar com essas medidas de controle da fissura desenvolvidas pelo próprio usuário. Essa alternativa pode gerar um comprometimento maior do indivíduo no seu tratamento, tendendo a aumentar as chances de sucesso.

Por outro lado, a existência desse controle da fissura, ainda que só relatada por alguns, deixa claro que o fenômeno do uso de crack vai muito além de seus efeitos farmacológicos, sendo fortemente determinado por questões sociais, ambientais e emocionais, as quais poderiam ser mais bem exploradas quando esses usuários submetem-se a um tratamento.

Este estudo demonstra a importância da fissura no desenvolvimento das consequências negativas provocadas pelo crack, revelando os momentos que

propiciam seu aparecimento e formas de prevenção ou redução de riscos construídas pelos próprios usuários. As autoras confiam que o conhecimento gerado por esta pesquisa possa contribuir com informações que podem levar ao desenvolvimento de técnicas auxiliares, além das clássicas, no tratamento de usuários de crack.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SEIBEL, S.D.; MARQUES, A.C. O *craving*. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO Jr., A. *Dependência de drogas*. Rio de Janeiro: Atheneu Editora, 2001; pp. 239-248.
2. DRUMMOND, D.C. Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction* 2001; 96: 33-46.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, texto revisado (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed, 2002, 2ª edição; 880 p.
4. GRAEFF, F.G.; GUIMARÃES, F.S. *Fundamentos de Psicofarmacologia*. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1999; 260 p.
5. PICKENS, R.W.; JOHANSON, C. Craving: consensus of status and agenda for future research. *Drug and alcohol dependence* 1992; 30: 127-131.
6. ANTON, R.F. What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol Research and Health* 1999; 23: 165-173.
7. BRUEHL, M.A.; LENDE, D.H.; SCHWARTZ, B.A.; STERK, C.E.; ELIFSON, K. Craving and control: methamphetamine users' narratives. *Journal of Psychoactive Drugs* 2006; SARC supplement 3: 385-392.
8. KOOB, G.F.; LE MOAL, M. *Neurobiology of Addiction*. Elsevier/Academic Press, 2006; 490 p.
9. WEXLER, B.E.; GOTTSCHALK, C.H.; FULBRIGHT, R.K.; PROHOVNIK, I.; LACADIE, C.M.; ROUNSAVILLE, B.J.; GORE, J.C. Functional magnetic resonance imaging of cocaine craving. *The American Journal of Psychiatry* 2001; 158(1): 86-95.
10. FORTUNA, J.L.; SMELSON, D.A. The phenomenon of drug craving. *Journal of Psychoactive Drugs* 2008; 40: 255-261.
11. TIFFANY, S.T. A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review* 1990; 97(2): 147-168.
12. TIFFANY, S.T. Cognitive concepts of craving. *Alcohol Research and Health* 1999; 23(3): 215-224.
13. ROBINSON, T.E.; BERRIDGE, K.C. Incentive-sensitization and addiction. *Addiction* 2001; 96: 103-114.

14. ROBINSON, T.E; BERRIDGE, K.C. The neural basis of drug craving: an incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research. Brain Research Reviews*. 1993; 18(3): 247-291.
15. STAHL, S.M. *Psicofarmacologia: base neurocientífica e aplicações práticas*. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Ltda., 2002, 2ª edição; 617 p.
16. CARLINI, E.A. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005*. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007; 468 p.
17. CARLINI, E.A. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas e Universidade Federal de São Paulo, 2002; 380 p.
18. STALCUP, S.A.; CHRISTIAN, D.; STALCUP, J.; BROWN, M.; GALLOWAY, G.P. A treatment model for craving identification and management. *Journal of Psychoactive Drugs* 2006; 38(2): 189-202.
19. BAKER, T.B.; MORSE, E.; SHERMAN, J.E. The motivation to use drugs: a psychobiological analysis of urges. *Nebraska Symposium on Motivation* 1986; 34: 257-323.
20. GAWIN, F.H; KLEBER, H.D. Abstinence symptomatology and psychiatric diagnosis in cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry* 1986; 43: 107-113.
21. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Introduction to reward system*. Disponível em: [www.nida.nih.gov](http://www.nida.nih.gov). Acesso em 01 de março de 2009.
22. FRANKEN, I.H.A. Drug craving and addiction: integrating psychological and neuropsychopharmacological approaches. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2003; 27: 563-579.
23. SIEGEL, R.K. Cocaine Smoking. *Journal of Psychoactive Drugs* 1982; 14(4): 271-359.
24. RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. *Farmacologia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2001, 4ª edição; 703 p.
25. FREUD, S. *Escritos sobre la cocaína*. Barcelona: Editorial Anagrama, 1999, 2ª edição; 410 p.
26. COOPER, E.F. *The emergence of crack cocaine abuse*. Nova Science Publishers, Inc., 2002; 106 p.
27. REINARMAN, C.; LEVINE, H.G. *Crack in America: demon drugs and social justice*. University of California Press, 1997; 388 p.

28. SIEGEL, R. Cocaine Smoking. *The New England Journal of Medicine* 1979; 300: 373.
29. INCIARDI, J.A. *The war on drugs II: the continuing epic of heroin, cocaine, crack, crime, AIDS, and public policy*. Mayfield Pub Co, 1991; 315 p.
30. OLIVEIRA, L.G. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista de Psiquiatria Clínica* 2008; 35(6): 212-218.
31. SPINK, M.J. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17(6): 1277-1311.
32. AYRES, J.R.C.M. Risco, razão tecnológica e o mistério da saúde. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação* 2007; 11(21): 145-163.
33. AYRES, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2002; 5: 28-42.
34. INCIARDI, J.A. Crack-cocaine in the Americas. In: MONTEIRO, M.G.; INCIARDI, J.A. (editores). *Brazil-United States – Binational Research*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 1993; pp. 63-75.
35. NAPPO, S.A.; SANCHEZ, Z.V.D.M.; OLIVEIRA, L.G.; SANTOS, S.A.; CORADETE, J. Jr.; PACCA, J.C.B.; LACKS, V. *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas; 125 p.
36. NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R. Crack use in São Paulo. *Substance Use and Misuse* 1996; 31(5): 565-579.
37. NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.; RAYMUNDO, M.; CARLINI, E.A. Changes in cocaine use as viewed by key informants: a qualitative study carried out in 1994 and 1999 in São Paulo, Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs* 1999; 33(3): 241-253.
38. MALTA, M.; MONTEIRO, S.; LIMA, R.M.J.; BAUKEN, S.; MARCO, A.; ZUIM, G.C.; BASTOS, F.I.; SINGER, M.; STRATHDEE, S.A. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública* 2008; 42(5): 830-837.
39. NUNES, C.L.X.; ANDRADE, T.; GALVÃO-CASTRO, B.; BASTOS, F.I.; REINGOLD, A. Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador-Bahia, Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases* 2007; 11(6): 561-566.

40. KEHL, M.R. *Drogas. TV Cultura e Espaço Cultural CPFL 2004*; 1 DVD: 55 min.
41. STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed, 2008, 2ª edição; 288 p.
42. NEALE, J.; ALLEN, D.; COOMBES, L. Qualitative research methods within the addictions. *Addiction* 1995; 100: 1584-1593.
43. TAYLOR, S.J.; BODGAN, R. *Introduction to Qualitative Research Methods*. John Wiley & Sons Inc., 1998; 337 p.
44. MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004, 8ª edição; 269 p.
45. PATTON, M.Q. *Qualitative research and evaluation methods*. Sage Publications, 2002, 3ª edição; 598 p.
46. COHEN. *Cocaine use in Amsterdam in non deviant subcultures*. Amsterdam: Institute voor Sociale Geografie, 1989; 189 p.
47. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Qualitative research for health programmes*. Geneva; 1994.
48. DIAZ, A.F.; BARRUTI, M.; DONCEL, C. *The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona*. Barcelona: Laboratori de Sociologia e Ajuntament de Barcelona, 1992; 361 p.
49. MORSE, J.M. Emerging from the data: the cognitive processes of analysis in qualitative inquiry. In: *Issues in qualitative research methods*. Londres: Sage Publications, 1994; pp. 23-43.
50. BIERNACK, P.; WALDORF, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods and Research* 1981; 10(2):141-163.
51. GOODMAN, L.A. Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics* 1961; 32: 148-170.
52. KVALE, S. *InterViews: an introduction to qualitative research interviewing*. Sage Publications, Inc., 1996; 346 p.
53. CRESWELL, J.W. *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998; 416 p.
54. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 281 p.

55. ANDRADE, T.M.; DOURADO, M.I.; FARIAS, A.H.; CASTRO, B.G. Redução de danos e redução da prevalência de infecção pelo HIV entre usuários de drogas injetáveis em Salvador-Bahia. In: *A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de HIV/AIDS entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasília: Ministério da Saúde 2001; pp. 95-114.
56. REGIER, D.; FARMER, M.; RAE, D.; LOCKE, B.; KEITH, F.; JUDD, L.; GOODWIN, F. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area study. *Journal of American Medical Association* 1990; 264: 2511-18.
57. JAFFE, J.H.; CASCELLA, N.G.; KUMOR, K.M.; SHERER, M.A. Cocaine-induced cocaine craving. *Psychopharmacology* 1989; 97(1): 59-64.
58. MODELL, J.G.; GLASER, F.B.; CYR, L.; MOUNTZ, J.M. Obsessive and compulsive characteristics of craving for alcohol in alcohol abuse and dependence. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1992; 16: 272-274.
59. POLLACK, M.H.; BROTMAN, A.W.; ROSENBAUM, J.F. Cocaine abuse and treatment. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30: 31-44.
60. RINGWALT, C.L.; PALMER, J.H. Cocaine and crack users compared. *Adolescence* 1989; 24(96): 851-859
61. MILLER, N.S.; GOLD, M.S. Criminal activity and crack addiction. *The International Journal of the Addictions* 1994; 29(8): 1069-1078.
62. LICATA, A.; TAYLOR, S.; BERMAN, M.; CRANSTON, J. Effects of cocaine on human aggression. *Pharmacology Biochemistry and Behavior* 1993; 45: 549-552.
63. CHERMACK, S.T.; BLOW, F.C. Violence among individuals in substance abuse treatment: the role of alcohol and cocaine consumption. *Drug and Alcohol Dependence* 2002; 66: 29-37.
64. MOELLER, F.G.; DOUGHERTY, D.M.; RUSTIN, T.; SWANN, A.C.; ALLEN, T.J.; SHAH, N.; CHEREK, D.R. Antisocial personality disorder and aggression in recently abstinent cocaine dependent subjects. *Drug and Alcohol Dependence* 1997; 44: 175-182.
65. MILLER, N.S.; GOLD, M.S.; MAHLER, J.C. Violent behaviors associated with cocaine use: possible pharmacological mechanisms. *International Journal of the Addictions* 1991; 26(10): 1077-88.
66. LABIGALINI, E. Jr.; RODRIGUES, L.R.; SILVEIRA, D.X. Therapeutic use of cannabis by crack addicts in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs* 1999; 31(4): 451-455.

67. SANCHEZ, Z.V.D.M.; NAPPO, S.A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. *Revista de Saúde Pública* 2008; 42(2): 265-272.
68. OLIVEIRA, L.G.; NAPPO, S.A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública* 2008; 42(4): 664-671.
69. ROBBINS, S.J.; EHRMAN, R.N.; CHILDRESS, A.R.; O'BRIEN, C.P. Comparing levels of cocaine cue reactivity in male and female outpatients. *Drug and Alcohol Dependence* 1999; 53: 223-230.
70. McKAY, J.R.; RUTHERFORD, M.J.; CACCIOLA, J.S.; KABASAKALIAN-McKAY, R.; ALTERMAN, A.I. Gender differences in the relapse experiences of cocaine patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 1996; 184(10): 616-622.
71. DUDISH, S.A.; HATSUKAMI, D.K. Gender differences in crack users who are research volunteers. *Drug and Alcohol Dependence* 1996; 42: 55-63.
72. LI, C.R.; KEMP, K.; MILIVOJEVIC, V.; SINHA, R. Neuroimaging study of sex differences in the neuropathology of cocaine abuse. *Gender Medicine* 2005; 2(3): 174-182.
73. EVANS, S.M.; HANEY, M.; FISCHMAN, M.W.; FOLTIN, R.W. Limited sex differences in response to "binge" smoked cocaine use in humans. *Neuropsychopharmacology* 1999; 21(3): 445-454.
74. EVANS, S.M.; HANEY, M.; FOLTIN, R.W. The effects of smoked cocaine during the follicular and luteal phases of the menstrual cycle in women. *Psychopharmacology* 2002; 159: 397-406.

## **Anexo 1:**

### **Roteiro de entrevista aplicado aos informantes-chave**

- 1) O que é fissura?
- 2) Quais são os fatores desencadeantes de fissura?
- 3) Por que a fissura acontece?
- 4) O que ocorre durante a fissura?
- 5) Em que fase do uso de crack a fissura ocorre?
- 6) Em quanto tempo, após abstinência, o indivíduo entra em fissura?
- 7) Existem estratégias para evitar a fissura? Quais?
- 8) A fissura no homem é diferente da fissura na mulher?
- 9) A fissura está associada a comportamento de risco? Quais são os riscos que o indivíduo corre quando está sob fissura?
- 10) Existem estratégias para diminuir o risco do indivíduo quando ele está sob fissura?
- 11) Qual é a duração da fissura?
- 12) Quais são as consequências da fissura?

## **Anexo 2:**

### **Roteiro de entrevista aplicado à amostra de usuários e ex-usuários de crack**

#### **1) Dados sócio-demográficos**

- 1.1) Idade?
- 1.2) Escolaridade?
- 1.3) Emprego atual?
- 1.4) Estado civil?
- 1.5) Tem filhos? Quantos?
- 1.6) Bairro onde mora?
- 1.7) Com quem mora?
- 1.8) A qual classe social se considera pertencente (de A a E)?

#### **2) Breve histórico do uso**

- 2.1) É usuário ou ex-usuário?
- 2.2) Caso seja usuário:
  - 2.2.1) Com que idade começou a fumar crack?
  - 2.2.2) Há quanto tempo usa?
  - 2.2.3) Qual é a frequência atual de consumo?
  - 2.2.4) A quantidade que usa atualmente é o que usa desde o início? Já teve épocas em que o uso foi mais pesado? Ou seja, houve mudanças no perfil de consumo?
  - 2.2.5) Já tentou parar? Por quê? Como foi?

2.3) Caso seja ex-usuário:

2.3.1) Com que idade começou a fumar crack?

2.3.2) Quanto tempo usou?

2.3.3) Qual era a frequência de consumo?

2.3.4) A quantidade que você usava se manteve a mesma sempre ou teve épocas em que o uso foi mais pesado? Ou seja, houve mudanças no perfil de consumo?

2.3.5) Há quanto tempo parou?

2.3.6) Por que parou? Como foi?

2.4) Qual é o atrativo do crack? Por que você usa ou usava?

2.5) Qual(is) droga(s) além do crack você usa ou já usou?

2.6) Você se sente ou já se sentiu dependente do crack? Por quê?

2.7) Você se sente ou já se sentiu dependente de outra droga? Por quê?

### **3) Sobre o efeito do crack**

3.1) O que você sentia quando usava crack?

3.2) Você se percebia diferente quando estava sob o efeito de crack?

3.3) Quando você está (estava) sob o efeito do crack, você se acha (achava) capaz de fazer coisas que não faria se não tivesse fumado crack?

3.4) Você faz (fazia) alguma coisa para cortar o efeito do crack? O quê?

### **4) Controle do uso**

4.1) Você consegue controlar o seu uso de crack? Sempre ou às vezes?

4.2) Em que ocasiões você deixa de usar crack? Quais são os motivos para você não usar crack?

4.3) Você possui alguma estratégia para controlar seu uso de crack? Qual(is)? Como aprendeu?

4.4) O que torna o uso de crack descontrolado? Você consegue dizer por que perde o controle?

4.5) Qual é a diferença entre quem consegue controlar o uso de crack e quem não consegue?

## **5) Fissura**

5.1) O que é fissura?

5.2) Você já sentiu fissura pelo crack? Descreva com detalhes.

5.3) Como a fissura se manifesta? Qual é a sensação da fissura?

5.4) Por que a fissura se manifesta?

5.5) Em qual fase do uso de crack a fissura se desenvolveu? Na primeira vez em que você usou, você já sentiu fissura? Se não, em que momento do uso de crack você começou a sentir fissura?

5.6) O que desencadeia a fissura? Ou seja, quando a fissura aparece?

5.7) Qual é a influência do ambiente e do contexto no desencadeamento da fissura?

5.8) Quanto tempo a fissura dura? Ela pára sozinha?

5.9) Você consegue controlar a fissura? Sempre ou às vezes?

5.10) Você possui alguma estratégia para controlar a fissura? Qual(is)? Como aprendeu?

5.11) Até que ponto você considera essas estratégias eficazes? Por quê?

5.12) Comparação entre a fissura por crack e a fissura por outras drogas (principalmente cocaína).

## **6) Comportamento de risco**

6.1) Como você obtém crack? É da mesma maneira que você sustenta outras necessidades (por exemplo: alimentação, aluguel etc)?

6.2) Você se acha capaz de fazer coisas que você não faria caso não estivesse fissurado? O quê? Você toma algum tipo de cuidado (por exemplo: usar camisinha quando se prostituía)?

6.3) Você compartilhava o cachimbo? Se sim, você se sentiu em risco de se contaminar pelo HIV ou por alguma outra doença infectocontagiosa?

6.4) Você perdeu alguma coisa por consumir crack? Você acha que foi por causa da fissura?

## **7) Só para mulheres (relação entre fase hormonal e fissura)**

7.1) Você percebeu diferença na fissura nas diferentes fases do ciclo menstrual (TPM, menstruação e depois da menstruação)? Se sim, qual é a diferença? Você se sentiu mais controlada ou não?

## **8) Padrão binge de consumo**

8.1) Você já fez binging de consumo de crack, ou seja, você já passou dias sem dormir, sem comer e sem tomar banho para usar crack? Descreva.

8.2) Você vê relação entre o padrão binge de consumo e a fissura?

## **9) Agressividade**

9.1) Você se considera uma pessoa agressiva e/ou violenta?

9.2) Você se percebe mais agressivo(a) quando está sob o efeito do crack?

9.3) Você se percebe mais agressivo(a) durante a fissura?

## **10) Diferenças entre os gêneros**

10.1) Você vê diferença no efeito do crack no homem e na mulher?

10.2) A fissura no homem é diferente da fissura na mulher? Por quê? Como?

## **11) Conseqüências da fissura e do uso de crack**

11.1) Você gosta do crack?

11.2) O crack trouxe alguma coisa, boa ou ruim, para a sua vida?

11.3) Você se considera feliz? O crack tem alguma influência sobre essa sensação?

### **Anexo 3:**

#### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
DEPARTAMENTO DE PSICOBIOLOGIA  
CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS  
PSICOTRÓPICAS (CEBRID)**

**"A vivência da fissura por crack: rebaixamento de valores e estratégias  
utilizadas para o controle"**

O CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) é um órgão ligado à Universidade Federal de São Paulo (Escola Paulista de Medicina) e está interessado em avaliar a fissura por crack. A fissura é definida como um forte desejo pela droga e parece ser o fator desencadeante de recaída em usuários abstinentes.

A controvérsia sobre fissura, violência e agressividade e suas conseqüências leva-nos a buscar uma compreensão sobre o tema, utilizando estratégias metodológicas que permitam essa investigação mais profunda. Considerando que a fissura está intimamente ligada à dependência e às recaídas de usuários em tratamento e ainda ao comportamento de risco, o seu entendimento do ponto de vista do usuário poderá constituir-se numa contribuição importante para o seu gerenciamento.

Desta forma, a presente pesquisa consiste em entender, através do relato de usuários e ex-usuários de crack, o que é a fissura e como ela se manifesta e a sua relação com violência e agressividade.

A participação na pesquisa consiste numa entrevista, com duração de cerca de duas horas, onde serão feitas questões sobre o uso de crack e o desenvolvimento de fissura. Tudo que será perguntado está relacionado com esses tópicos, porém, o entrevistado poderá recusar-se a responder qualquer

pergunta que por algum motivo considerar incômoda, como também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento. Em contrapartida, espera-se que as questões respondidas relatem exatamente a verdade dos fatos.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A investigadora principal poderá ser encontrada no endereço *Rua Botucatu 862 - 1º andar - telefone 5539 0155- ramal 120*. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – *Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, telefone 55711062, FAX:5539-7162*.

Para que a entrevista tenha uma duração mais curta e para que nenhum detalhe do relato seja perdido, solicitamos permissão para que a mesma seja gravada. Seu anonimato será mantido, de tal forma que em nenhum momento a sua identidade será revelada. Mesmo durante a entrevista, utilizaremos apenas o primeiro nome do entrevistado, assim como a fita contendo a entrevista será identificada por um código alfanumérico, cuja decodificação será de conhecimento exclusivo da investigadora principal. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles.

Todo o material gerado na entrevista (como por exemplo: fitas e anotações) permanecerá em local seguro, sob a responsabilidade da investigadora principal.

Ao final da entrevista, o voluntário receberá um valor de ressarcimento equivalente a uma ajuda de custo para cobrir as despesas que terá com locomoção (casa-UNIFESP-casa), alimentação e tempo gasto com a entrevista.

*"Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo 'A vivência da fissura por crack: rebaixamento de valores e estratégias utilizadas para o controle'.*

*Eu discuti com Tharcila Viana Chaves sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do*

*estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que as respostas dadas por mim retratarão exatamente a verdade dos fatos. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste serviço".*

---

*Assinatura do voluntário / representante legal*

*Data*

---

*Assinatura da testemunha*

*Data*

Para o responsável pelo projeto

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

---

*Tharcila Viana Chaves*

*Data*

**Anexo 4:**

**Parecer do Comitê de Ética Institucional da Universidade  
Federal de São Paulo**



São Paulo, 13 de abril de 2007  
CEP 0334/07

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) SOLANGE APARECIDA NAPPO

Co-Investigadores: Zila Van der Meer Sanches, Tharcila Viana Chaves

Disciplina/Departamento: Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **“Desenvolvimento de fissura no consumo de crack e suas conseqüências: um estudo qualitativo”**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: estudo de perfil populacional.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: sem risco, desconforto mínimo, sem procedimento invasivo.

OBJETIVOS: O trabalho pretende entender o fenômeno da fissura (desejo compulsivo e incontrolável por uma droga) utilizando uma metodologia qualitativa..

RESUMO: O estudo pretende realizar entrevista em uma amostra de 30 indivíduos ou mais com usuários ou ex-usuários de crack, na faixa etária de 18 anos ou mais. Por tratar-se de população escondida pela própria ilegalidade do uso de drogas ilícitas, utilizar-se-á a figura do Informante-chave, pessoa que possui um conhecimento especial da população em estudo. Será aplicado um questionário misto, de perguntas abertas e algumas perguntas previamente padronizadas. As entrevistas serão totalmente anônimas e gravadas com a concordância prévia do entrevistado e analisadas.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: o comportamento de risco, o seu entendimento do ponto de vista do usuário, poderá constituir -se numa contribuição importante para o seu gerenciamento..

MATERIAL E MÉTODO: descritos os procedimentos.

TCLE: adequado.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: sem financiamento externo - R\$ 9650,00.

CRONOGRAMA: 24 meses.

OBJETIVO ACADÊMICO: mestrado.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **12/4/2008 e 12/4/2009**.

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



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

Atenciosamente,

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

Recomendação: É possível e aconselhável, ter plano de análise dos discursos desta pesquisa já que as "categorias discursivas" estão contidas no anexo "sorteio de entrevistas...." Neste caso, cabe esclarecer que, a partir dessas categorias pré-estipuladas pelo pesquisador de acordo com o objetivo proposto, buscar-se á compreender as categorias temáticas que inviabilizarão a análise