

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Patrícia Melotto

**TRAJETÓRIAS E USOS DE CRACK:
estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no
contexto de bairros populares de São Leopoldo - RS**

Porto Alegre, maio de 2009.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Patrícia Melotto

**TRAJETÓRIAS E USOS DE CRACK:
estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no
contexto de bairros populares de São Leopoldo - RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
para obtenção do título de Mestre

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, maio de 2009.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social

Patrícia Melotto

**TRAJETÓRIAS E USOS DE CRACK:
estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no
contexto de bairros populares de São Leopoldo - RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
para obtenção do título de Mestre

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daniela Riva Knauth

BANCA EXAMINADORA

Dr. Eduardo Mendes Ribeiro – Ministério da Saúde

Dra. Ondina Fachel Leal - UFRGS

Dra. Ceres Víctora - UFRGS

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer não apenas aos que contribuíram efetivamente no desenvolvimento desta dissertação, mas também aos que estão em suas entrelinhas através das trocas vividas, das discussões ao longo da caminhada e do apoio que a tornou possível.

Aos meus pais e meu irmão, que partilharam as alegrias e angústias deste percurso com amor incondicional.

Aos professores do PPGAS, pelos múltiplos aprendizados acerca do ofício do antropólogo e em especial à professora Dr^a Daniela Knauth, minha orientadora, que inspirou minhas buscas na Antropologia e conduziu meus passos ao longo deste percurso.

Aos colegas e professores do NUPACS, pelas contribuições trazidas com a realização dos nossos seminários.

Aos colegas da turma de Mestrado de 2007, com quem tive o privilégio de conviver e aprender muito, dividindo não só cotidianos de buscas antropológicas, mas também de vida.

À pequena-grande Leti, amiga que também surgiu no mestrado, pelas parcerias intelectuais, pelo ombro amigo e pelos sorrisos em todos os momentos.

À Karen, minha família durante a estada em Porto Alegre, pelo apoio constante e pelas tantas madrugadas em que se dedicou a ler meus textos e ajudar com as revisões e traduções.

À Angi, amiga que nunca esteve longe, perseguindo comigo todas as conquistas alcançadas.

Ao Jeff, pelo carinho em todos os momentos e pelas longas conversas no *msn* sempre com uma alternativa para apontar diante das dificuldades.

À Márcia Colombo, que me apresentou a “Redução de Danos” e abriu caminhos para a realização do trabalho de campo.

Ao Cláudio, o “Xuxa”, e todos os redutores de danos do ASPA, profissionais sensíveis e dedicados com quem aprendi muito durante a realização da pesquisa.

A todas as pessoas que colaboraram com seus relatos durante o trabalho de campo, em especial àqueles que se dispuseram a sentar comigo várias vezes para falar de suas vidas e trajetórias de usos de crack.

(...) Fora da lei, chamado de elemento / agora o crime que me dá sustento. / Já pedi esmola, já me humilhei. / (...) Arruma um emprego, tenho um filho pequeno, seu doutor. / Fila grande, eu e mais trezentos, / Depois de muito tempo, sem vaga no momento. / A mesma história todo dia é ... / Isso gerou a minha revolta, / me deixou desnortado, mais um maluco armado. / Tô ligado, bolado, quem é o culpado? / Que fabrica a guerra e nunca morre por ela. / Distribui a droga que destrói a favela, / Fazendo dinheiro com a nossa realidade. / Me deixaram entre o crime e a necessidade. / Feio e esperto com cara de mau. / A sociedade me criou mais um marginal.

(MV Bill, "Soldado do morro").

RESUMO

Esta dissertação apresenta uma pesquisa etnográfica sobre trajetórias e usos de crack desenvolvida no contexto de bairros populares do município de São Leopoldo-RS. Para a coleta dos dados foram privilegiadas a observação participante em atividades de “redução de danos” do uso de drogas e entrevistas semiestruturadas com pessoas usuárias de crack. Buscou-se compreender como o uso do crack se insere nos cotidianos e trajetórias dos usuários e assim, como são constituídas as trajetórias de uso e suas descontinuidades. A vulnerabilidade coloca-se como questão central na análise, observada tanto no contexto da inserção do uso de crack, quanto nas implicações do uso na vida dos usuários. Destas, destacam-se as vulnerabilidades produzidas em relação à saúde, aos vínculos familiares e às condições de trabalho. De modo geral, os entrevistados associaram a constituição dessas vulnerabilidades com os riscos que percebem no uso do crack. As descontinuidades das trajetórias de uso, sejam com o abandono das práticas, sejam com a mudança destas, situam diferentes formas de lidar com os riscos percebidos e a construção de diferentes alternativas para isso.

Palavras chaves: uso de crack, trajetórias, risco, vulnerabilidade, políticas de saúde.

ABSTRACT

This dissertation presents an ethnographic research on trajectories and uses of crack, developed in the context of popular neighborhoods in the city of Sao Leopoldo-RS. For the collect of data, it was privileged the participant observation in activities of “damage reduction” in the use of drugs, and semi-structured interviews with people who are crack users. Understanding how the use of crack is inserted in the daily routines and trajectories of users was focused on the present work, and, this way, how the trajectories of use and their abstinence periods are constituted. The vulnerability is set as the main aim in the analysis, observed in the context of insertion of the use of crack as well as in the implications of its use in the lives of the users. From these, it is possible to highlight the vulnerabilities related to health, family ties and conditions of work. On a whole, the interviewed people associated the constitutions of these vulnerabilities to the risks which they realize with the use of crack. The periods of abstinence in the trajectories of use, either being uninterrupted or changeable, promote different approaches on dealing with the risks perceived, and the proposal of different alternatives are considered.

Keywords: use of crack, trajectories, risk, vulnerability, health politics

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASPA - Apoio, Solidariedade e Prevenção à Aids

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD – Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças

DSM-IV – (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª edição.

ESP - Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul

MS – Ministério da Saúde

NUPACS – Núcleo de Antropologia do corpo e da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

RD – Redução de Danos

PPGAS – Programa de Pós Graduação em Antropologia Social

PSF – Programa de Saúde da Família

SES-RS – Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNOCD – (United Nations Office on Drugs and Crime) Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS | 9 |
| INTRODUÇÃO | 11 |
| 1. A PROBLEMÁTICA DO CRACK E A INTERFACE COM AS POLÍTICAS DE SAÚDE | 14 |
| 1.1. A emergência do fenômeno do crack: breves considerações | 14 |
| 1.2. O crack como questão de saúde pública | 18 |
| 1.3. As políticas de saúde para pessoas usuárias de drogas e o caso do crack. ... | 20 |
| 2. PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA | 24 |
| 2.1. A inserção em campo | 24 |
| 2.1.2. Contextualização do espaço institucional | 27 |
| 2.2. O universo da pesquisa e a construção do trabalho de campo | 30 |
| 2.2.1. Os sujeitos | 33 |
| 2.3. Aspectos éticos | 37 |
| 3. AS TRAJETÓRIAS DE USO DO CRACK NAS TRAJETÓRIAS SOCIAIS DOS USUÁRIOS | 39 |
| 3.1. Percepções sobre o uso de crack | 39 |
| 3.2. Diferentes trajetórias, diferentes sujeitos, diferentes usos | 42 |
| 3.3. Trajetórias e narrativas biográficas: algumas considerações teórico-metodológicas | 44 |
| 3.4. As trajetórias de uso do crack | 47 |
| 3.4.1. As primeiras experiências de uso de crack | 50 |
| 3.4.2. A inserção do crack nas práticas cotidianas | 51 |
| 4. (DES)CONTINUIDADES DO USO DE CRACK E RECURSOS ACIONADOS PELOS USUÁRIOS | 57 |
| 4.1. Quando o uso é um problema | 57 |
| 4.2. Para onde ir? | 62 |
| 4.2.1. A família | 62 |
| 4.2.2. Os serviços de saúde..... | 64 |
| 4.2.3. A religião | 66 |
| 5. RISCOS, VULNERABILIDADE E USO DE CRACK | 70 |
| 5.1. Os riscos associados ao crack | 70 |
| 5.1.1. Estratégias adotadas frente aos riscos | 75 |
| 5.2. A vulnerabilidade das pessoas usuárias de crack | 78 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS | 82 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 85 |
| ANEXOS | 92 |

INTRODUÇÃO

Desde a sua popularização no cenário brasileiro no final da década de 1990, o crack ocupa cada vez mais espaço na pauta da mídia, de políticas públicas e da sociedade em geral. Recentemente o consumo de crack passou a ser tratado em discursos midiáticos com o título de epidemia, representando a ideia de sua extensão como problemática para diferentes esferas do contexto social.

Todavia, é em relação às esferas da saúde e da segurança pública que a questão parece refletir os maiores desafios. Em certa medida isto se relaciona ao fato de que é principalmente sobre estas duas políticas que recaem as maiores incumbências de promover respostas para o problema. A Política de Segurança com a atribuição de fazer o controle das questões relacionadas à oferta da droga, ou seja, ao tráfico e a Política de Saúde com a responsabilidade sobre as questões estabelecidas pelas demandas do uso da droga, ou seja, dos usuários.¹

A expansão do fenômeno do crack se coloca no campo da Saúde Pública ao mesmo tempo em que diminui significativamente o contingente de usuários de drogas injetáveis. Assim, o uso de crack passa a representar não apenas a inclusão de novas demandas neste campo, mas também um novo contexto decorrido da mudança nas práticas de uso de psicoativos. É no horizonte destas questões que se situa a temática desta pesquisa, então entendida como: a problemática do crack no contexto das Políticas de Saúde.

Conforme ressaltado por Bastos (1993), os estudos qualitativos envolvendo o conjunto de crenças, valores e modos de vida dos usuários de psicoativos são fundamentais para melhor compreender este tipo de problemática e, conseqüentemente, possuem um caráter estratégico para as políticas de saúde. É neste sentido que o referencial antropológico se coloca

¹ A interface entre essas duas políticas é prevista pela atual Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004) com a finalidade de pensar estratégias a partir do eixo da redução da oferta e redução de demanda.

como uma perspectiva privilegiada para a compreensão da questão do crack, buscando apreender suas diferentes facetas e implicações nas diferentes esferas das relações sociais. Nesta perspectiva,

a questão da droga deve ser articulada aos demais elementos da sociedade e sua relação com determinadas visões de mundo. (...) Aqui o método antropológico, com seu enfoque holístico que articula os níveis macro e micro, é claramente da maior importância para a abordagem tanto teórica quanto prática da questão. (MacRae, 2004, p. 48)

O uso de psicoativos como objeto de estudo antropológico é tematizado na Antropologia brasileira, principalmente, a partir dos estudos de Gilberto Velho e sua discussão sobre a noção de *mundo das drogas*. Embora seja possível estabelecer essa noção em termos mais genéricos, fundamentando-se na noção de mundo como um dos conceitos clássicos da Antropologia, o *mundo das drogas* é caracterizado fundamentalmente na heterogeneidade com que se apresenta na amplitude contemporânea. (Velho, 1994) Desta forma, não há como pressupor práticas e comportamentos homogêneos na medida em que,

a existência de um 'mundo das drogas' vincular-se-ia à observação de redes sociais que organizam sua produção, distribuição e consumo, bem como o conjunto de crenças, valores, estilos de vida e visões de mundo que expressariam modos particulares. (Velho, 1994, p.84)

A partir desse entendimento mais amplo de *mundo das drogas*, fundamentado na noção de cultura que pressupõe a construção social da realidade em meio a uma rede de significados que busco apreender, as particularidades da problemática do crack e sua interface com as políticas de saúde no contexto de grupos populares. Para tanto, a dissertação está dividida em cinco capítulos.

No capítulo I apresento a contextualização desta temática buscando aprofundar a discussão do crack como questão de saúde pública. A partir desta discussão é delimitado o recorte do objeto do estudo nas trajetórias dos usuários de crack e, assim, definido o foco da análise para compreensão da problemática.

No segundo capítulo apresento o percurso metodológico da pesquisa e as mediações estabelecidas para a construção da etnografia. Desta forma, faz-

se a descrição do universo da pesquisa e do caminho percorrido no acesso a este universo através do trabalho de campo.

O capítulo seguinte tem como objetivo analisar a constituição de trajetórias de uso de crack, tendo por base as trajetórias dos sujeitos do universo descrito. Assim, no horizonte de suas trajetórias biográficas são discutidas as primeiras experiências com o crack, os contextos dessas experiências e o lugar ocupado pelo uso do crack em seus cotidianos e suas trajetórias.

No quarto capítulo são discutidas as mudanças e descontinuidades nas trajetórias de uso do crack com o intuito de pontuar os momentos em que as práticas de uso são interrompidas ou modificadas e as alternativas são apontadas para as mudanças. Neste sentido, busca-se compreender em que momentos o uso do crack é considerado um problema, que fatores estão relacionados a isto e como são operacionalizadas as mudanças das situações problemáticas.

E por fim, o último capítulo traz uma discussão sobre vulnerabilidade e riscos ligados ao crack. Ambas são questões sempre presentes no debate da problemática no contexto da saúde e a partir dos dados apresentados pelos entrevistados busca-se dialogar com este debate mais amplo. Este capítulo está dividido em duas partes. Na primeira faz-se uma breve revisão sobre o conceito de risco, os riscos associados ao crack e são discutidas as percepções de risco dos entrevistados e suas formas de lidar com os riscos. Na segunda parte a discussão volta-se para pensar a constituição da vulnerabilidade das pessoas usuárias de crack e as implicações das práticas de uso e dos contextos para esta constituição.

1. A PROBLEMÁTICA DO CRACK E A INTERFACE COM AS POLÍTICAS DE SAÚDE

Neste capítulo é feita a contextualização do objeto de estudo e seu delineamento a partir das relações e interfaces estabelecidas no campo da saúde pública. Neste sentido, são apresentados dados de um panorama mais geral para que, posteriormente, sejam compreendidos os desdobramentos postos no universo empírico da pesquisa.

A contextualização é desenvolvida em três partes. Na primeira são resgatados elementos sobre a emergência do fenômeno do crack e sua caracterização no cenário brasileiro. Na segunda parte, a dimensão macrossocial é aprofundada através do enfoque da discussão da problemática como questão de saúde pública. E, na última, a questão vista sob esse enfoque é problematizada a luz das políticas de saúde para pessoas usuárias de drogas.

1.1. A emergência do fenômeno do crack: breves considerações

O consumo de crack emerge no cenário brasileiro na década de 1990, apresentando-se como fenômeno de rápida expansão, principalmente nos grandes centros urbanos. Desde lá, o consumo é crescente² e hoje não se restringe às periferias urbanas, como se pensava no início, tornando-se cada vez mais popular em diferentes segmentos sociais, inclusive de áreas rurais³.

A emergência em certa medida recente e as proporções assumidas pelo consumo de crack fazem com que este seja concebido como um problema novo. Entretanto, ao considerar que diferentes drogas, sob diferentes estatutos,

² O aumento do consumo de crack pode ser observado nos dados apresentados no II Levantamento Domiciliar Nacional sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (2005).

³ O vídeo exibido em 22 de setembro de 2008 no Jornal da Globo é um exemplo da popularização do crack em zonas rurais. Nele, são narradas histórias de trabalhadores de plantações de mandioca de Paranavaí, interior do Paraná, que passaram a utilizar a droga com o intuito *de ter mais energia para trabalhar*. Para maiores informações ver: <http://video.globo.com/Videos/Player/Noticias/0GIM886264-7823>

fazem parte de toda a história da humanidade⁴ e que em diferentes momentos, diferentes substâncias foram alvo de preocupações sociais, é possível compreender o caso do crack não como um fenômeno novo, mas como uma antiga questão com novas características e especificidades.

Além da representação de uma droga nova, o crack pode ser pensado como uma nova forma de administração da cocaína, antiga conhecida da humanidade⁵. A cocaína é o produto extraído da folha da coca e os primeiros registros conhecidos sobre o seu uso referem-se à forma mastigada da própria folha. Com o aprimoramento do conhecimento da química a partir do século XIX, os princípios ativos de diversas plantas psicoativas foram isolados e possibilitaram o desenvolvimento de drogas como a morfina em 1803, a heroína em 1859 e a própria cocaína em 1859, (Domanico, 2006). Depois de ter seu princípio ativo isolado, diferentes técnicas foram utilizadas para o preparo e consumo da cocaína. A primeira delas é a transformação das folhas em “pasta-base” através da prensagem com substâncias como ácido sulfúrico e gasolina ou querosene. A cocaína em pó, ou cloridrato de cocaína, é obtida através do refinamento dessa pasta base e seu tratamento com ácido hidrocloreto que age como solvente e a transforma num pó branco e cristalino. É a partir desse pó, adicionado de água, bicarbonato de sódio e outros insumos, que aquecidos, se origina a droga em formato de pequenas pedras então conhecida como crack.

Assim, o crack, nome recebido em função do barulho emitido ao ser fumado, é conhecido também com o nome de cocaína fumada. No entanto, sabe-se que na constituição do crack estão presentes muitas substâncias além do cloridrato de cocaína e que estas, por serem mais baratas, acabaram por reduzir o custo que era repassado nas outras apresentações da cocaína. Desta forma, os efeitos buscados com o uso da cocaína, uma “*droga cara*”, tornam-se mais acessíveis a camadas mais pobres. Esse baixo custo em relação à cocaína em pó é um dos principais fatores do movimento da rápida

⁴ Entre outros, Escofato (1995) faz um apanhado geral sobre o uso de drogas na história da humanidade e aponta para a construção social das questões que as tornam problemas sociais.

⁵ Conforme Ferreira e Martini (2001:96), *o abuso de cocaína tem suas raízes nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes que, há mais de 4500 anos, já conheciam e utilizavam a folha extraída da planta Erythroxylon coca ou coca boliviana, como testemunham as escavações arqueológicas do Peru e da Bolívia.*

popularização do crack, transformando o mercado e o cenário do uso de drogas.

Mas o movimento crescente não se deve apenas a isso. Além de ser mais barato, o crack incorporou outros fatores *atrativos* que fizeram com que seu consumo fosse aumentado, fortalecendo o mercado dessa droga em detrimento da cocaína em pó. Um deles é que o uso fumado atinge rapidamente o cérebro e os efeitos da droga são alcançados de forma mais rápida e intensa do que nas outras formas de uso da cocaína.

O crack leva de cinco a dez segundos para ir do pulmão ao cérebro. Viagem rápida, quase instantânea. Seu pico de ação é entre dois e três minutos. O êxtase não ultrapassa dez minutos. O coração fica descompassado. Pode chegar de 180 a 240 batimentos por minuto, dependendo da quantidade de droga. A potência do crack em relação à cocaína cheirada ou endovenosa (injetável), por exemplo, pode ser medida pelos efeitos, velocidade de ação no organismo. No caso da cocaína injetável, o "back", os efeitos surgem depois de três, quatro minutos e duram de meia hora a 45 minutos. Entre dez, quinze minutos começa a fazer efeito a cocaína em pó, cheirada. A "viagem" pode durar uma hora. O crack é veloz tanto no tempo de início de ação, que acontece em segundos, quanto na duração do "barato", poucos minutos. Daí a explicação para o termo "fast-food da cocaína", como os americanos costumam chamar a droga, cinco a seis vezes mais potente que a cocaína em pó. (Uchôa, 1996, p.60)

Todavia, como a duração dos efeitos é menor e o sentimento de *fissura*⁶ na falta da droga é potencializado, o uso acaba sendo repetido um maior número de vezes. Esse aumento de frequência coloca-se como um dos fatores na construção de uma relação de dependência com a droga.

O outro fator do crescente consumo pode estar relacionado ao período em que são intensificadas as campanhas de prevenção à aids junto a pessoas usuárias de drogas injetáveis. Por se distanciar do risco direto de contaminação presente no uso compartilhado de seringas, o uso do crack parece ter sido associado inicialmente com uma prática *menos arriscada*. Além disso, do ponto de vista dos usuários, ele dispensa os equipamentos necessários no uso injetável e a escolha de locais apropriados para a prática.

⁶ *Fissura* é o nome dado pelos usuários de drogas para a vontade quase incontrolável de usar determinada substância. Do ponto de vista médico, a *fissura* é um dos elementos que compõe o quadro diagnóstico da dependência química.

Desde o foco centrado na utilização do crack e nas práticas estabelecidas por aqueles que o utilizam, estas parecem ser as principais questões da emergência dessa droga. Mas juntamente a elas, é preciso atentar para fatores que contribuem para a identificação do crack como uma problemática que ganha cada vez mais espaço na mídia e nos discursos políticos. Reportagens de jornais e programas de televisão sobre o tema são ainda mais frequentes, muitas vezes sendo caracterizado como uma *epidemia*⁷. Tratado desta forma, o crack torna-se uma problemática que estigmatiza aqueles que usam e é temida pelos demais. O caráter ilícito das práticas e a associação com o tráfico e violência contribuem enormemente para que o crack seja percebido como um problema *temido* por toda sociedade.

O surgimento dessas reações sociais é o que Domanico (2006) chama de pânico moral⁸ em torno do crack. De maneira bastante geral, pode-se dizer que é justamente a criação desse pânico que passa a creditar o estatuto de problema social ao fenômeno do crack. Através do pânico moral,

uma condição, um episódio, uma pessoa ou um grupo de pessoas passa a ser definido como um perigo para valores e interesses societários; sua natureza é apresentada de uma forma estilizada e estereotipada pela mídia de massa (...); especialistas socialmente aceitos pronunciam seus diagnósticos e soluções; recorre-se a formas de enfrentamento ou desenvolvem-nas. (...) Algumas vezes, o objeto do pânico é absolutamente novo e outras vezes é algo que existia há muito tempo, mas repentinamente ganha notoriedade. (Cohen, apud: Miskolci, 2007, p.111).

Inegavelmente a propagação do pânico moral traz desdobramentos negativos e ajudam a corroborar estigmas e sanções sociais àqueles que se encontram em situação de contrariedade às regras. Todavia, é preciso considerar que é justamente a partir dele que a problemática ganha visibilidade e possibilita espaços para que seja discutida.

⁷ No dia seis de julho de 2008 o jornal Zero Hora publicou a primeira reportagem de uma série especial intitulada: “A *Epidemia do Crack*”. Durante quase uma semana o tema foi discutido sob esse estatuto. Segundo o dicionário Aurélio, o termo epidemia define-se por *doença que surge rápida num lugar e acomete ao mesmo tempo numerosas pessoas*. Tratada dessa forma, a problemática do crack, além de ser representada como doença, chama a atenção e passa a ser “temida” assim como são “temidas” as doenças consideradas epidêmicas.

⁸ Sobre a questão do pânico moral ver, entre outros, os estudos realizados por Stanley Cohen - *Folk Devils and Moral Panics: The Creation of Mods and Rockers* -; e Howard Becker - *Outsiders, estudos de sociologia do desvio*.

1.2. O crack como questão de saúde pública

Em meio à complexidade de questões ligadas ao fenômeno do crack torna-se impossível restringir o olhar para fatores isolados, pois ali estão contidos e relacionados os elementos de múltiplas dimensões como a moral, a cultural, a política. Ao considerar as implicações dessas diferentes dimensões, busco apenas delimitar o foco da discussão, para assim aprofundá-la no que diz respeito ao campo das políticas de saúde.

Nesse campo, questões relacionadas ao uso de drogas não são problemas novos. Tanto as demandas levadas até ele, quanto os esforços empreendidos na busca de respostas, são de longa data, sendo incorporadas por diferentes políticas e programas de saúde ao longo do tempo. Neles, tais problemas são concebidos como condições de doença, cabendo aos profissionais de saúde fazer o diagnóstico e estabelecer seu tratamento.

Os critérios utilizados por esses profissionais para definir a condição de doente da pessoa usuária de drogas são guiados por duas fontes principais: a Classificação Internacional das Doenças (CID 10) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). No CID 10 estão contidos inúmeros códigos que caracterizam diagnósticos como: intoxicação, síndrome de dependência, síndrome de abstinência e transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de drogas. Mas é o DSM-IV que apresenta uma descrição mais detalhada de cada diagnóstico e dos critérios usados em suas definições.

Em termos gerais, as práticas são identificadas em três categorias: uso, abuso e dependência química⁹. O uso, ainda que tenha acarretado implicações problemáticas, é percebido de forma mais consensual, denotando práticas esporádicas que não são repetidas no dia a dia. Já as definições de abuso e

⁹ O uso é especificado no CID 10 e no DSM-IV através de subcategorias como experimental, recreativo, controlado ou nocivo - quando resultar em dano físico ou mental. Já o abuso e a dependência são definidos a partir de critérios explicitados principalmente pelo DSM-IV. Para o diagnóstico de abuso são consideradas questões como *o uso continuado, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância*. (DSM-IV, 1995, p.178). Para o diagnóstico de dependência química, além de fatores como este, são consideradas também as questões relacionadas à compulsividade, tolerância e síndrome de abstinência.

dependência química envolvem uma complexidade maior, uma vez que não se caracterizam apenas pela quantidade ou frequência do uso, dependendo de questões particulares como os modos de se relacionar com a droga e as especificidades de cada caso e contexto.

Tanto as situações de uso quanto de abuso podem ser classificadas como indicativos de doenças, mas é no diagnóstico de dependência química que a categoria doença aparece de maneira mais enfática. Enquanto os outros podem ser sinalizados como situações passageiras, a dependência é frequentemente referida como doença crônica ou incurável. Nesse viés, os tratamentos representam a possibilidade de prolongar períodos de abstinência e comumente são percebidos como limitados, pois é esperado que ocorram “*recaídas*” consideradas características da própria doença¹⁰.

A lógica utilizada pela saúde favorece a contraposição da visão criminal da questão e assim distancia os usuários de drogas da identidade de criminosos. Mas é importante destacar que esta lógica não é estável, tampouco consensual entre os profissionais de saúde e elementos das duas perspectivas podem ser acionados em diferentes momentos e diferentes situações. Além disso, a legitimidade jurídica desse contraponto é bastante recente. Somente em 2006, através da Lei 11343/06, que o uso de drogas passa a configurar uma questão de saúde pública.

A lei regulamentada parte da diferenciação entre a pessoa usuária e a que comercializa e com isso define *tratamentos* diferentes para os dois casos. Apenas as questões relacionadas ao tráfico permanecem a cargo das políticas de segurança e o tratamento da pessoa usuária é remetido ao campo da saúde. Todavia, a distinção entre questão de saúde e criminal não parece tão nítida visto que,

acaba com a pena de prisão para o usuário de drogas. No entanto, os procedimentos penais continuam os mesmos, ou seja, o indivíduo flagrado usando drogas é levado para a delegacia, assina o Termo Circunstanciado e se compromete a comparecer no Juizado Especial Criminal para a audiência

¹⁰ Tais critérios e definições da dependência química referem-se, sobretudo, à incorporação da questão no campo da saúde pública em uma perspectiva psiquiátrica. Mesmo reconhecendo a relevância desta perspectiva e dos psiquiatras na definição do que seja a doença e nas prescrições de tratamento, é importante destacar que o movimento da reforma psiquiátrica e a política de redução de danos – orientadores da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde – buscam deslocar a centralidade do saber médico através de uma interação com diferentes campos profissionais como psicologia, enfermagem, serviço social.

judicial. Atualmente, o usuário pode ser submetido às seguintes medidas: advertência verbal, prestação de serviço à comunidade, medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo e, em último caso, multa. (Mendonça Filho, 2008, p. 01)

Ao abolir a pena de prisão para o usuário, a nova lei imprime avanços no sentido da descriminalização das práticas de uso, mas os limites que a separam de uma condição criminal ainda são bastante tênues. Além disso, a mudança prevista muitas vezes esbarra na falta de consenso sobre os critérios utilizados para definir questões como: que quantidade de droga representa o uso pessoal? Que outros elementos são acionados nessa identificação? Em que medida a prática de uso, que deixa de ser criminosa, pode ser separada do porte da droga, que continua representando um crime?

Estas e tantas outras questões se colocam numa discussão bastante recente e mesmo no campo da saúde, onde se imagina menos impasses já que seu discurso oficial há muito tempo incorporou o contraponto da lógica criminal, não se encontram bem resolvidas. Nesse sentido, é importante salientar a necessidade de apreender a problemática do crack como uma questão de saúde pública que permanece estreitamente ligada as questões tidas como *problemas de polícia*.

1.3. As políticas de saúde para pessoas usuárias de drogas e o caso do crack

Historicamente, as políticas de saúde para pessoas usuárias de drogas desenvolvidas no Brasil tiveram um enfoque predominantemente médico ou psiquiátrico. Nele, a problemática apresentada por estas pessoas é entendida como uma doença e, como qualquer outra, classificada de acordo com os códigos diagnósticos pontuados na seção anterior. Também de forma similar a outras doenças, as alternativas propostas são baseadas em dois eixos: o tratamento medicamentoso e o suporte da internação. Em ambos, o objetivo é um só: a abstinência do uso. Nesta perspectiva, a abstinência não significa necessariamente a *cura da doença*, mas condição fundamental do propósito de reabilitação a qual se destina.

Embora a alternativa baseada na abstinência permaneça como modelo hegemônico, muitas críticas são estabelecidas pela identificação do baixo impacto produzido por este na condução das políticas públicas. Segundo o próprio Ministério da Saúde,

Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou práticas interventivas é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário. (Brasil, MS, 2004, p. 8)

Considerações como esta podem ser observadas em críticas e propostas oriundas do debate público em torno do SUS, da Reforma Psiquiátrica e dos movimentos políticos pela descriminalização do uso de drogas e pela Redução de Danos. A atual política do Ministério da Saúde para a atenção de usuários de drogas, em vigência desde o ano de 2004, traz discussões desencadeadas por esses movimentos e legitima a adoção de estratégias políticas como a de Redução de Danos.

A estratégia de redução de danos não substitui o modelo da abstinência, tampouco nega esse objetivo. Situado no documento da política nacional como complementar, ela apenas retira a centralidade da abstinência, ampliando a visão das possibilidades de cuidados e de saúde para além dessa questão. Nesse sentido, são valorizadas ações a fim de minimizar os riscos presentes no uso de drogas e também atenuar os possíveis danos decorrentes dele.

A redução de danos foi adotada pela primeira vez na década de 1920, na Inglaterra, mas ganha destaque em países europeus a partir da década de 1980, no contexto do uso de drogas injetáveis e início da epidemia de aids. Na Europa, foi utilizada no tratamento da dependência da heroína através da substituição pela metadona¹¹ e como forma de prevenção à aids através da troca e distribuição de seringas para os usuários de drogas injetáveis.

¹¹ Na Europa, onde o uso de heroína representou um grande problema de saúde pública, as terapias de substituição por metadona trouxeram resultados positivos na melhoria das condições de vida das pessoas dependentes dessa droga. A metadona é um opiáceo sintético, em formulação para uso oral, utilizada por dependentes de heroína em tratamentos de desintoxicação e como estratégia de redução de danos e riscos do uso injetável. BRASIL, (2001, p. 27)

No Brasil, a redução de danos também é assumida como estratégia de prevenção à aids através programas de troca de seringas. Polêmicos, e muitas vezes criticados como recursos favorecedores do uso, esses programas ganharam legitimidade, sobretudo pela visibilidade do potencial dessas práticas no enfrentamento da epidemia de aids (Mesquita e Bastos, 1994).

Pouco tempo depois disso, a emergência do crack altera rapidamente o tipo de questões enfrentadas. Ao mesmo tempo em que cresce o contingente de usuários de crack, o uso de drogas injetáveis cai significativamente. A mudança das práticas de uso de psicoativos e conseqüentemente do *perfil* da população atendida desestabilizam as políticas de saúde, especialmente a de redução de danos. Para essas políticas, a problemática do crack se estabelece juntamente com a crise do objeto que a estruturou e legitimou na década de 90 – o uso de drogas injetáveis no contexto da epidemia da aids. A centralização do modelo nas ações de troca e/ou fornecimento de seringas aos usuários perde sentido no novo contexto. Ao contrário do uso de psicoativos injetáveis onde a via de contaminação com doenças transmissíveis é direta, os usos de crack, em si, desassocia a contaminação. Todavia, as questões de saúde apresentadas pelos usuários de crack tornam as demandas dos programas de redução de danos cada vez mais complexas. Conforme explicitado por Domânico (2007),

Para o uso de droga injetável a resposta dos projetos e do próprio poder público na adequação dos insumos foi mais eficiente e ágil, na medida em que as equipes passavam a conhecer a realidade do uso injetável e informavam ao poder público que o equipamento disponibilizado não era adequado, a resposta era mais assertiva. Isso talvez porque para o uso de droga injetável as adequações dos insumos eram mais bem justificadas, como prevenção a doenças, enquanto que no crack a justificativa tem a ver com a melhoria da relação do usuário com a sociedade. (p. 180)

Dados epidemiológicos existentes demonstram que a prevalência do HIV entre os usuários de crack, embora menor que entre usuários ou ex-usuários de drogas injetáveis, é elevada quando comparada à população geral. (AZEVEDO,2007). Segundo relatórios produzidos por redutores de danos, observa-se também a associação do uso de crack a maior incidência de doenças como tuberculose e hepatite. No entanto, essas questões não se

encontram mais refletidas nas práticas de uso em si, e sim na vulnerabilidade social que torna os usuários mais suscetíveis a doenças.

Da observação desse/nesse campo surge uma das hipóteses levantadas no presente estudo, a presença de um *hiato* entre os usuários de drogas e as políticas de saúde. Traduzo esse *hiato* como metáfora para dificuldades e limitações dessas políticas no alcance da promoção de saúde dos usuários de substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas como o crack.

A delimitação do objeto de pesquisa subsidia-se dessa hipótese e, com o foco nas trajetórias sociais de usuários de crack, parte de questionamentos como: Que sujeitos são esses? Como são suas trajetórias, seus modos de vida? Que práticas corporais são vivenciadas? Que espaço o crack ocupa em suas trajetórias? O que os usuários de crack percebem como problemático no próprio uso? Em quais momentos ou circunstâncias emergem? Que soluções são apontadas por eles mesmos frente às problemáticas?

2. PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Neste capítulo apresento o percurso metodológico da pesquisa, desde a inserção em campo às escolhas metodológicas que possibilitaram a construção do estudo etnográfico. Na primeira parte abordo a forma de inserção e os passos percorridos para a entrada em campo. Como esta se deu através de uma mediação institucional, com a minha participação em atividades desenvolvidas pela ONG ASPA, faço também uma breve descrição da instituição no intuito de contextualizar, tanto a inserção, quanto a realização do trabalho desenvolvido.

Na segunda seção parto dessa contextualização para descrever os cotidianos do trabalho de campo onde, nas visitas e caminhadas com os redutores de danos, foi estabelecido o encontro com o *outro*. Desta forma busco explicitar o universo da pesquisa e o delineamento da metodologia utilizada.

Por fim, na terceira parte destaco algumas questões referentes à ética na pesquisa, as preocupações e os procedimentos adotados durante a coleta de dados diante das especificidades do campo. Tais questões constituem-se não como novos apontamentos, mas como um desdobramento de elementos trabalhados na parte metodológica e que suscitam reflexões importantes.

2.1. A inserção em campo

O acesso ao universo pesquisado teve como mediação¹² fundamental a participação no Projeto de Redução de Danos do ASPA – Associação de Apoio, Solidariedade e Prevenção a AIDS, uma ONG situada no município de

¹² Refiro-me à mediação para designar a esfera das relações e elos construídos na aproximação com o universo empírico da pesquisa. Ver: VELHO, Gilberto e KUSCHNIR, Karina (org.). *Mediação, cultura e política*. Rio de Janeiro: Aeroplano, 2001.

São Leopoldo-RS. Foi através da participação nos trabalhos desenvolvidos pela ONG que conheci alguns bairros considerados pelo município como locais de grande incidência de consumo e tráfico de crack e assim, pessoas que convivem diretamente com essas práticas.

Tive conhecimento dos projetos do ASPA no ano de 2006, quando trabalhava como assistente social residente da Escola de Saúde Pública e fazia estágio na seção de DSTs/AIDS da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Nessa Secretaria eu mantive contato com os projetos de ONGs atuantes na política de redução de danos com financiamentos estaduais, entre elas o ASPA¹³. No entanto, nesse período meu contato com elas limitava-se ao conhecimento dos projetos escritos, relatórios e alguns relatos sobre seus trabalhos em campo.

Uma maior aproximação com o ASPA teve início em março de 2008 através do contato com o coordenador do projeto de redução de danos da instituição para apresentar o projeto da pesquisa e discutir a possibilidade de acompanhar os *trabalhos de campo*¹⁴ dos redutores no intuito de acessar o universo referido no projeto. Desde esse momento inicial a equipe do ASPA mostrou-se muito aberta e receptiva, favorecendo não apenas que minha participação fosse negociada, como também discutida e construída a partir de apontamentos sobre os seus cotidianos de trabalho.

As manifestações do grupo evidenciaram uma atitude muito positiva em relação à presença de outras pessoas nos trabalhos da ONG e isso se tornou ainda mais visível quando ressaltaram a importância de terem voluntários junto à instituição. Desta forma, foi importante resgatar os objetivos da pesquisa e problematizar o caráter da minha inserção na instituição. Ainda que eu tenha tido experiências ligadas à política de redução de danos¹⁵ e, de alguma forma, me coloque como simpatizante do movimento político desencadeado por elas, nunca fui redutora de danos, nem poderia ser entendida com tal nessa participação. Assim, foi imprescindível situar minha inserção não como uma

¹³ No período mencionado, cinco ONGs desenvolviam projetos em parceria com a Secretaria: ASPA (São Leopoldo), NEP (Porto Alegre), VHIVA MAIS (Canoas), MARIA MULHER (Porto Alegre) e ARDPOA (Porto Alegre).

¹⁴ A expressão *trabalho de campo* é o nome utilizado pelos redutores de danos para designar o trabalho realizado diretamente nas comunidades.

¹⁵ Essas experiências dizem respeito ao trabalho na Secretaria Estadual de Saúde, onde participei apenas de processos relacionados à parte de gestão, nunca da execução dos programas ou projetos.

reduzora de danos voluntária, mas como pesquisadora, motivada a contribuir com o trabalho da ONG desde essa posição.

Ao mesmo tempo em que se negociou o formato da minha participação, discutiu-se também a operacionalização e as estratégias metodológicas adotadas na pesquisa. Assim, surgiram vários questionamentos sobre o trabalho: se as entrevistas eram direcionadas somente às pessoas acessadas pela ONG ou também aos redutores, se permaneceria na sede institucional para realizar as entrevistas, se acompanharia os redutores nas saídas de campo, entre outras. Foi esclarecido que o instrumento de entrevista destinava-se aos usuários, mas que as conversas com os redutores também poderiam contribuir, pois suas experiências agregariam novos olhares ao campo. Quanto ao local de realização das mesmas, retornei a questão ao grupo, propondo que pensássemos juntos qual seria o melhor espaço, mas que tinha a intenção de acompanhar os trabalhos realizados nas comunidades. A equipe não apenas aprovou a idéia, como também considerou uma estratégia interessante de acesso aos usuários, uma vez que isto facilita a criação de vínculos com as pessoas das comunidades acessadas, facilitando a realização das entrevistas.

Inicialmente combinou-se o acompanhamento junto aos trabalhos de campo dos redutores através de encontros semanais. Como as saídas a campo acontecem cada dia da semana em um local diferente, pensou-se em manter um dia fixo para minha participação, no sentido de situar o universo empírico a partir de uma área restrita, ou seja, um bairro apenas. Por outro lado, esta opção poderia limitar um conhecimento mais amplo e possível através da observação participante em diferentes contextos, importante nesta fase mais exploratória do estudo. Diante dessas possibilidades, ao iniciar o trabalho focalizei a Vila Feitoria e em seguida passei a visitar também as vilas Paim, Vicentina e Tocos, questão que retomo posteriormente.

Acompanhar os redutores em suas saídas a campo, ao invés de restringir a coleta de dados ao espaço institucional, tornou-se então, um ampliador dos horizontes da pesquisa, vivência que possibilitou conhecer diferentes pessoas, com diferentes trajetórias de uso de crack, mas, sobretudo, conhecer um pouco mais de suas vidas e de seus cotidianos.

Para compreender melhor o desenvolvimento do trabalho, faz-se necessário contextualizar algumas questões relativas ao campo e a mediação

institucional em sua realização Nesse sentido, segue uma breve apresentação do ASPA, seus principais projetos e áreas de atuação.

2.1.2. Breve contextualização do espaço institucional

O ASPA é uma organização não governamental do município de São Leopoldo-RS voltada para a prevenção da Aids e outras DSTs. Foi fundada pelo então chamado Grupo de Apoio, um grupo de estudantes da Escola Superior de Teologia que no ano de 1991 fez um curso de agentes de saúde na Unidade de Dermatologia Sanitária de Porto Alegre, para atuação na área da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Ainda neste momento de formação passaram a desenvolver trabalhos de prevenção à aids junto a Postos de Saúde de Porto Alegre, mas já no ano seguinte retornaram a São Leopoldo e fundaram o ASPA.

Até 1992, ano em que a aids já é considerada uma epidemia e se destaca na pauta das políticas de saúde, não existia nenhuma ONG no município trabalhando com essa questão, o que também acabou por legitimar a relevância de sua fundação. Assim como a criação de outras ONGs voltadas para a questão da aids, a criação do ASPA reflete a conjunção de fatores como: o contexto de abertura política trazida com o governo democrático após as décadas de ditadura militar, a mobilização de setores da sociedade civil e o aumento do número de casos de pessoas HIV positivas.

Galvão (2000) analisa as respostas brasileiras à epidemia e destaca as iniciativas da sociedade civil como um dos principais eixos dessas respostas. Segundo a autora, *a situação de emergência que marcou, não só no Brasil, a criação das respostas não-governamentais frente à epidemia de HIV/AIDS, aliada à noção da necessidade de uma ação imediata, moldou o caráter dessas respostas.* (Galvão, 2000, p.42) Essas respostas não-governamentais receberam o apoio financeiro não apenas das esferas governamentais, mas também de agências internacionais que, ao lado dessas duas esferas, fomentaram o desenvolvimento de projetos dessa natureza.

Sobretudo a partir de 1992, é possível perceber, mesmo sem uma análise mais profunda, o peso diferente que há nas

possibilidades de influir nas políticas de saúde entre, por exemplo, o Banco Mundial e os seus empréstimos para atividades em HIV/AIDS e as demais entidades que movimentam o universo da cooperação internacional e que atuam no Brasil. Mas independente dos recursos financeiros destinados a ONGs brasileiras por diferentes agências, é importante destacar o papel que alguns financiadores tiveram no surgimento de iniciativas da sociedade civil e no próprio estabelecimento de algumas entidades, possibilitando que formas de enfrentamento da epidemia se efetivassem no país. (Galvão, 2000, p.96)

Ainda que não receba nenhum financiamento direto de organizações internacionais, o ASPA conta com recursos estaduais e federais, oriundos de editais de projetos aprovados pela Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul e pelo Ministério da Saúde.

Nos últimos 16 anos foram executados diversos projetos e atualmente existem três em andamento: Acolhida, Vivendo o Protagonismo Positivo e Redução de Danos, desenvolvidos por uma equipe de seis redutores de danos – três homens e três mulheres –, eventuais voluntários colaboradores, uma psicóloga e uma estagiária de psicologia, além da diretoria e da coordenação.

O Projeto Acolhida é o organizador do atendimento na sede da instituição. São atendidas pessoas que a procuram espontaneamente ou através de indicação de amigos ou conhecidos, em busca de informações e atendimentos relacionados à AIDS ou ao uso de drogas. Neste sentido, o Acolhida é desenvolvido principalmente através da troca de informações, aconselhamentos e também encaminhamentos a rede de serviços de saúde do município.

O Projeto Vivendo o Protagonismo Positivo atende pessoas soropositivas para HIV e/ou com AIDS. É realizado atendimento psicológico em grupo terapêutico semanal e também atividades de geração de renda para aqueles afastados do mercado de trabalho.

E, por fim, o Projeto de Redução de Danos, ao qual esta pesquisa está vinculada, é realizado através de abordagens direcionadas à saúde em sua interface com o uso de drogas. São atendidas nove áreas da cidade – os bairros/vilas: Vicentina, Paim, Braz, Aldeia, Santos Dumont, Tancredo Neves, Santa Marta, Tocos e Feitoria, além do trabalho com grupos específicos realizados na Penitenciária, no CREPAR (Centro de Referência à População

Adulta de Rua), no CASM (Centro de Atenção em Saúde Mental) e pontos/ruas onde trabalham profissionais do sexo¹⁶.

Tanto os pontos com grupos específicos quanto os bairros foram espaços selecionados para a intervenção em função da grande presença de problemáticas relacionadas ao uso de drogas ali localizadas. Através de visitas a essas áreas, chamadas pelos redutores de danos de trabalhos de campo ou saídas a campo, as ações do ASPA são operacionalizadas em dois eixos: prevenção e atendimento direto a pessoas usuárias de drogas.

As ações de prevenção são direcionadas a comunidade como um todo e visam socializar informações e prestar orientações para a prevenção de DSTs e riscos à saúde relacionados ao uso de drogas. Essas abordagens acontecem principalmente nas ruas, onde são distribuídos folhetos e materiais informativos e preservativos.

Já o atendimento direto aos usuários de drogas é realizado, na maior parte das vezes, por meio de visitas domiciliares. Além do trabalho informativo e da distribuição de preservativos, são atendidas demandas específicas de cada usuário através de orientações, encaminhamentos e acompanhamento de situações de saúde. Em casos específicos realiza-se também a troca de cachimbos¹⁷. É importante ressaltar que o ASPA não faz distribuição de cachimbos, assim como faz com os outros materiais ou insumos (folhetos e preservativos). Estes são entregues mediante a troca do cachimbo de madeira por outros, normalmente feitos pelos próprios usuários, ou pela lata que era utilizada para fumar.

Outra atividade realizada em campo é a marcação e entrega de resultados de exames anti-HIV. Em parceria com o SAE (Serviço de Atendimento Especializado) do município, redutores de danos previamente qualificados fazem o aconselhamento pré e pós teste.

Com base na avaliação e no monitoramento do projeto de redução de danos, o ASPA foi a primeira ONG escolhida pelo Estado para iniciar um banco

¹⁶ O termo *profissionais do sexo*, referido aqui, é a denominação utilizada pela ONG.

¹⁷ A troca de cachimbos é uma medida bastante polêmica no debate das políticas de redução de danos. Justifica-se principalmente na prevenção de doenças como hepatite, que podem ser transmitidas através do compartilhamento de cachimbos, e da contaminação com produtos tóxicos provenientes do alumínio quando são utilizadas latas no consumo do crack. Para além dessas questões, alguns programas enfatizam a relevância dessa estratégia na construção de acesso e vínculo com os usuários.

de dados referente à caracterização das populações atendidas, suas práticas de uso de drogas e seus cuidados com a saúde. Este banco de dados tem como finalidade, além da mensuração do trabalho, construir subsídios para futuras pesquisas e, principalmente, fornecer elementos que possam contribuir com a formulação de políticas públicas desse campo.

2.2. O universo da pesquisa e a construção do trabalho de campo

Após a inserção junto à equipe do ASPA, o desenvolvimento da pesquisa implicou a minha inserção nas áreas de trabalho da ONG. Muito em função da condição ilícita das práticas estudadas, o acesso ao universo de estudo demandou um processo gradual de aproximação e criação de vínculos. Nesse sentido, as primeiras idas a campo tiveram como principal propósito estabelecer essa aproximação.

Inicialmente fui apresentada aos moradores mais antigos, lideranças comunitárias e pessoas já bastante conhecidas pelos redutores de danos. Aos poucos, minha presença foi se tornando mais familiarizada naqueles locais e a rede de pessoas conhecidas ampliada. Apesar de ser apresentada como voluntária da instituição que estava realizando uma pesquisa, durante a maior parte do trabalho de campo fui identificada mais como 'outra redutora no grupo' do que como pesquisadora. E, de alguma maneira, foi justamente essa identificação atribuída pela comunidade que se constituiu no principal facilitador da minha inserção. Por já conhecerem os redutores e saber exatamente o que estavam fazendo ali, minha presença ao lado deles tornou-se também muito acolhida. A presença de pessoas estranhas e sozinhas nas ruas das vilas visitadas normalmente desperta a desconfiança dos moradores. Pessoas de fora, ainda que indiretamente, tem suas presenças questionadas, sendo o medo de investigações policiais um dos grandes motivos.

Durante oito meses acompanhei as *caminhadas* dos redutores pelas vilas e a cada nova visita eu parecia *menos estranha*. Embora tenha sido bem recebida desde o início, tornou-se significativa a melhora das visitas e o estreitamento de vínculos com a comunidade com o passar do tempo. Aos

poucos passei a acompanhar não só as rotinas de trabalho dos redutores de danos, mas as rotinas de vida daquelas pessoas. Em muitos dos contatos no campo a problemática do crack, meu foco na investigação, foi deixada de lado. As pessoas com quem eu conversava traziam relatos sobre os *últimos ocorridos* no bairro, falavam sobre suas famílias, suas dificuldades, suas alegrias. Ao partilhar suas preocupações diárias e participar um pouco do cotidiano dessas pessoas, vivenciei momentos que se tornaram fundamentais para conhecer os modos de vida do grupo, seus valores e compreender melhor suas trajetórias sociais. E assim, ao partir de um conhecimento mais amplo do campo, pude resgatar o foco do estudo, ou seja, as trajetórias de usos de crack, situando-o no horizonte dessas trajetórias sociais.

Sobretudo nos primeiros meses, a coleta de dados teve como subsídio fundamental a observação participante. Segundo Malinowski (1978), precursor da pesquisa de campo na Antropologia, a observação participante é o exercício da *observação direta, que só é possível através da convivência diária, da capacidade de entender o que está sendo dito e de participar das conversas e acontecimentos da vida da aldeia.*

Ao mesmo tempo em que as visitas e caminhadas realizadas tinham a clara finalidade de observação, o ato de observar está longe de ser algo passivo. E, como referi anteriormente, na maior parte das vezes fui entendida pelas pessoas mais como uma participante do grupo de redutores – chamada a ouvir, a falar e a agir – do que como uma observadora.

Desta forma, a opção metodológica pela técnica denominada observação participante traz consigo a necessidade de entendê-la levando em consideração sua interdependência com os elementos do contexto observado e a relação que o antropólogo estabelece com o *outro*. Nesta relação,

a observação participante traz consigo a dualidade que se traduz na necessidade de o pesquisador estar, ao mesmo tempo, distante e próximo do objeto de observação, ou seja, dentro e fora do evento observado. (...) A maneira mais pertinente de observar é tendo claro que o observador é parte do evento observado. (Víctora et al, 2000, p. 62-63)

Seguido deste primeiro momento, em que o trabalho de campo foi centrado na observação participante, passei a estabelecer os primeiros contatos para a realização das entrevistas. De acordo com o universo delimitado no projeto da pesquisa, o critério para a escolha dos entrevistados foi baseado na presença de história de uso de crack. Assim, foram buscadas pessoas, de ambos os sexos e de qualquer faixa etária, com experiências de utilização do crack.

A realização dessas entrevistas resultou de um longo processo. Primeiramente dependeu da progressiva construção de redes de pessoas conhecidas no local e, depois disso, da aceitação das pessoas de fazer parte do estudo. Diferentemente de outras práticas sociais, o consumo de drogas constitui-se muitas vezes como *experiências ocultas*, em que as pessoas buscam o sigilo e o anonimato para se preservarem de sanções – sejam elas jurídicas ou morais. Diante disso, com exceção de uma única entrevistada, o universo pesquisado foi composto por pessoas com quem conversei por diversas vezes, antes e depois de serem *formalmente* entrevistadas. Além da indicação dos redutores, imprescindível para iniciar os contatos, essas pessoas precisavam também me conhecer e se sentirem seguras para falar abertamente comigo.

As entrevistas foram realizadas em três redes de relações¹⁸ através da técnica de bola de neve, ou seja, três entrevistados foram escolhidos e indicaram as outras pessoas. A partir dessas redes, o universo de entrevistados é formado por oito pessoas, quatro homens e quatro mulheres, apresentadas no item a seguir com uma breve descrição de suas trajetórias. O roteiro utilizado (vide anexo) fundamenta-se num modelo de entrevista semi-estruturada, orientada não por perguntas fechadas, mas por questões temáticas norteadoras. A preservação das identidades diante das preocupações éticas e a impossibilidade de gravar as entrevistas colocaram-se como importantes pontos a serem negociados no momento anterior às

¹⁸ Estas três redes foram constituídas com moradores de três locais diferentes: Bairro Feitoria, Vila Charrua e Vila dos Tocos. Os três são bairros populares e possuem algumas características comuns relacionadas a problemas de habitação, saneamento básico e segurança. Todavia, o Vila dos Tocos é onde se observa um contexto de maior vulnerabilidade social e maior precariedade nas condições de moradia. Nesta área o loteamento não é regularizado e apresenta redes de água e luz improvisadas, além de vários depósitos de lixo a céu aberto.

entrevistas, questões que retomo posteriormente na seção sobre os aspectos éticos.

2.2.1. Os sujeitos

Ricardo, Vilson, Jeni, Amanda, Carla, Cássio, Sandro e Janete são os nomes fictícios dos sujeitos das trajetórias apresentadas neste estudo. Outras tantas pessoas acessadas durante a pesquisa contribuíram com relatos de suas experiências e possibilitaram reflexões importantes, mas foram essas oito que permitiram que as trajetórias fossem discutidas com maior profundidade através das entrevistas.

Deste grupo, o primeiro entrevistado foi Vilson, apresentado pelos redutores de danos logo nas primeiras visitas ao bairro Feitoria. Vilson é um homem de 33 anos, morador do bairro desde a infância e ‘velho conhecido’ dos redutores de danos. Estudou até a 8ª série do ensino fundamental, é cantor de *hip-hop* e trabalha com oficinas de grafite em escolas, além de participar de projetos esportivos como o de basquete para cadeirantes – e ser um dos responsáveis pela quadra de basquete construída em frente a sua casa -, o que o torna uma figura de grande popularidade ali.

Vilson foi casado por duas vezes e tem cinco filhas, mas atualmente mora sozinho. A última separação aconteceu há oito anos, mesmo tempo em que ficou paraplégico devido a um tiro disparado pelo então marido da sua primeira esposa. Esse período aparece como o momento de maiores transformações na vida de Vilson, não somente pelo fato de ter se tornado cadeirante, mas também pela sucessão de mudanças desencadeadas a partir disso. Vilson precisou aprender a viver de uma maneira diferente e sem a ajuda da esposa que pediu a separação justamente porque ele ficou paraplégico. Ele conta que nunca esquecerá o que sentiu quando ela chegou para ele e disse: - *Sou muito nova pra viver contigo assim. Eu tenho 22 anos, quero sair, quero dançar!*

Vilson contou com a ajuda dos amigos que frequentavam sua casa, que o ajudaram na adaptação com a cadeira de rodas e com a gradativa retomada das atividades cotidianas e do seu trabalho. Hoje, a cadeira de rodas não

impede que faça todas as coisas que fazia antes, ainda que de forma diferente. Vilson retomou o trabalho com a música, com o grafite e inclusive o basquete, que pratica semanalmente junto a outros cadeirantes no ginásio Tesourinha em Porto Alegre. Utiliza ônibus e metrô, na maior parte das vezes sozinho e segue suas rotinas com muita independência.

A segunda entrevistada foi Jeni, de 22 anos, indicada por Vilson. Jeni era moradora do bairro Feitoria também, morou um tempo na casa do Vilson e há dois meses mudou-se para Canoas para viver com o atual companheiro. Mesmo com a distância, Vilson e Jeni não deixaram de ter contato e mantém uma relação muito próxima. Segundo Vilson, ela foi uma das pessoas que mais o ajudou quando ficou paraplégico, sendo amiga e companheira. Nesse período os dois tiveram um relacionamento amoroso, mas para Jeni *não chegou a ser um namoro, apenas uma história juntos*.

Jeni e o atual companheiro não tem filhos. Segundo ela *ainda não chegou o momento, mas por ele nós já teríamos. Ele já tem 42 anos e diz que não quer ser um pai velho*. Atualmente ela está desempregada e enfatiza que prefere esperar um pouco mais para ter filhos e poder oferecer uma boa condição de vida para a criança. Jeni completou o Ensino Médio, mas conta que não gosta de estudar. Ao falar sobre seus projetos de vida relata essa questão:

Meu marido é psicólogo, fez faculdade e vive insistindo pra eu fazer também. Ele até me ajuda a pagar. Mas eu não nasci pra isso... ficar estudando, passar anos estudando. Até penso em fazer uns cursos, queria fazer um de cabeleireiro porque eu já faço tranças afro. Quero mesmo é abrir meu próprio negócio, um salão, uma academia, uma sex shop, uma padaria... o que ao certo eu ainda não sei. (Jeni, 22 anos)

A terceira entrevistada foi Carla, 44 anos, também da rede de relações das pessoas acessadas no bairro Feitoria. Carla é cabeleireira e estudou até o Ensino Médio. Chegou a ser dona de um salão de beleza mas conta que *jogou tudo fora por causa de droga*. Atualmente trabalha apenas nos finais de semana no salão de uma amiga a fim de manter o tratamento realizado no CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas) durante os dias da semana.

Carla está em acompanhamento psiquiátrico e participa de grupos terapêuticos desse serviço. Além deste, realiza tratamento para aids com uso de medicação e acompanhamento no SAE (Serviço de Atenção Especializada) do município. É viúva e o marido era soropositivo também. Mora com a filha e uma neta que a auxiliam nos tratamentos e motivam seus cuidados com a saúde.

Após a realização das entrevistas no bairro Feitoria, passei a acompanhar as saídas de campo dos redutores na Vila Charrua onde foram acessadas duas pessoas: Rogério e Amanda. As entrevistas foram feitas na casa de Rogério, ponto de encontro dos dois, muitas vezes para compartilhar o uso de crack.

Rogério tem 45 anos e há mais de 15 é morador da Vila. Durante o período da pesquisa mudou de casa duas vezes, sempre para casas da vizinhança, o que não dificultou a manutenção do nosso contato.

Semelhante à história de Carla, Rogério também é viúvo e a esposa morreu de aids. Ele sabe-se soropositivo há mais de 10 anos, quando decidiu fazer o teste em função da morte da esposa. Nunca mais se casou e mora com a única filha, de 15 anos, que também é soropositiva devido à transmissão vertical¹⁹. Rogério já fez tratamento para aids com uso de antiretrovirais; parou e atualmente está retomando o acompanhamento no SAE. A filha nega-se a qualquer tipo de tratamento por ser evangélica e o posicionamento da igreja ser contrário. Apenas ela é evangélica, Rogério diz não ter nenhuma religião e acreditar *só em Santa Terezinha*, sua protetora, por isso pode retomar os tratamentos de saúde assim que achar necessário.

Rogério estudou até a 6ª série do Ensino Fundamental e trabalha como artesão, vendendo os artesanatos que produz. Um dos seus projetos é fazer a carteira de artesão para expor e vender seus trabalhos em feiras do município.

Amanda, amiga de Rogério – e com quem já teve um relacionamento afetivo-sexual -, tem 22 anos e foi a segunda entrevistada nesta vila. Ela estudou até a 8ª série do Ensino Fundamental e atualmente está desempregada. Mora com o namorado e tem um filho de um ano que está sob a guarda do ex-companheiro. Segundo ela, a separação, a perda judicial da

¹⁹ Tipo de contaminação com o vírus HIV transmitido da mãe para o bebê durante a gestação.

guarda do filho e também a perda do emprego em uma empresa de telefonia, sucederam um período crítico em que o crack e o álcool *passaram a dominar a vida*.

Durante a realização das entrevistas, Amanda referiu estar em um momento de intenso uso de crack e de álcool, consumindo-os quase todos os dias. Seus projetos futuros incluem o abandono dessas práticas para a reinserção no mercado de trabalho, a *mudança de vida* e com isso a possibilidade de retomar a guarda do filho.

E, por fim, a última rede de entrevistados constitui-se com moradores da Vila dos Tocos. Diferentemente dos outros locais, nessa Vila as pessoas que conheci pareciam manter as práticas de uso de crack de maneira mais distanciada de um *mundo do tráfico*, segundo os redutores porque não existem lideranças formais nesse sentido, presentes na área. Por outro lado, dificuldades oriundas da precariedade de habitação e das condições materiais de vida foram percebidas com maior intensidade nessa Vila.

Os entrevistados da Vila dos Tocos foram Cássio, Sandro e Janete. Embora Cássio e Sandro mantenham uma relação de maior proximidade, todos são vizinhos e conhecidos.

Cássio e Sandro são amigos de infância, ambos tem 42 anos e trabalham juntos no PAS (Programa de Auxílio Solidário) desenvolvido pela prefeitura. O trabalho é realizado em cinco turnos semanais e recebem R\$ 104,00 mensais. Ambos cursaram apenas as primeiras séries do Ensino Fundamental, 2ª e 4ª séries respectivamente. Os dois são separados. Sandro mora sozinho e Cássio há alguns meses está morando com a ex-esposa de Sandro, com quem iniciou um novo relacionamento afetivo.

A última entrevistada nesta Vila foi Janete, vizinha de Cássio e de Sandro. Janete tem 46 anos, é viúva e mora com um filho de 16 anos. Além deste, tem outros dois, um casado que não mora em São Leopoldo e outro que está preso por envolvimento com tráfico. Segundo ela, faz tanto tempo que esse filho está preso que nem lembra quantos anos. Desde então os dois conversaram poucas vezes, pois ela não o visita e fala da situação em que o filho se encontra demonstrando muita desaprovação. Janete já foi envolvida com tráfico de maconha e haxixe, e também acabou sendo presa por causa

disso. Para ela, o que aconteceu deveria servir de exemplo para que os filhos não sigam esse caminho.

Janete cursou o Ensino Fundamental e no momento não trabalha, dedicando-se ao cuidado da casa e do filho mais novo. Em uma das últimas visitas feitas a ela, demonstrou muita preocupação em esconder do filho o uso de crack que voltou a ser diário. Por isso, contou que pensa em sair de casa um pouco para *fugir da tentação de usar* e participar de algum tipo de atividade no CAPS- AD (Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas).

2.3. Aspectos éticos

As questões éticas constituem uma dimensão inerente a todas as pesquisas que envolvem pessoas e, sobretudo aquelas de caráter qualitativo merecem atenção especial. Quando se fala em ética nesse tipo de pesquisa, as primeiras questões evocadas relacionam-se ao sigilo e à preservação do anonimato dos participantes. Essas duas questões representam aspectos importantes, porém necessitam ser problematizadas e entendidas como parte da discussão ética, não a totalidade dela.²⁰

A Resolução 196/96 do Ministério da Saúde é a normativa utilizada para orientar as práticas adotadas pelo pesquisador no campo da saúde. Instituída com o propósito de regular os aspectos éticos das pesquisas *envolvendo seres humanos*, a Resolução contempla discussões bioéticas importantes e contribui no sentido de proteger os participantes das pesquisas de quaisquer ônus que elas possam ocasionar. Entretanto, a normativa ainda é pouco discutida na Antropologia e em outras ciências humanas, o que traduz algumas dificuldades de aplicabilidade em campo visto que ela está baseada no modelo biomédico de pesquisa e não contempla as especificidades de outras áreas do conhecimento.

MacRae e Vidal (2006) analisam os impasses dessa normativa para pesquisas antropológicas sobre atividades ilícitas como as práticas

²⁰ Sobre essa discussão ver, entre outros, VÍctora, Knauth e Hassen; (2000).

relacionadas ao uso de substâncias psicoativas. Dentre esses impasses destacam-se a necessidade de aprovação do projeto por um comitê de ética e a dificuldade para obter consentimento informado através de termo assinado exigidos pelos comitês. Nas palavras dos autores,

no caso de entrevistas com criminosos, muitas vezes procurados pela polícia, como traficantes de drogas, parece surrealista pedir que assinem ou forneçam identificação datiloscópica em um documento atestando seu consentimento livre e esclarecido. Mesmo nos casos em que pesquisadores muito hábeis têm conseguido documentos desse tipo, isso só se dá após uma longa permanência no campo e muitas vezes com o entendimento de que o entrevistado vá utilizar uma assinatura falsa – procedimentos que parecem contrariar a letra da Resolução.(2006, p.15)

Diante de situações como esta, nesse estudo optou-se por não utilizar o termo de consentimento escrito. Desta forma, o aceite da participação na pesquisa e o consentimento em relação à utilização das informações coletadas foi realizado apenas oralmente, através de diálogos antes de cada entrevista. Nesses diálogos, além da explicitação dos objetivos da pesquisa foram apresentadas as preocupações éticas e o esclarecimento quanto a preservação da identidade dos participantes através da utilização de nomes fictícios.

Na maioria das vezes, essas negociações foram feitas após várias conversas informais que possibilitaram uma maior proximidade com as pessoas entrevistadas e a disponibilidade para a participação. Principalmente para os entrevistados que tem ou tiveram alguma ligação com o tráfico essa aproximação inicial foi fundamental para que conhecessem os propósitos da pesquisa e de minha presença em campo, dado o receio de investigações policiais e a desconfiança em relação a *estranhos* que acompanham seus contextos e fazem perguntas.

3. AS TRAJETÓRIAS DE USO DO CRACK NAS TRAJETÓRIAS SOCIAIS DOS USUÁRIOS

Neste capítulo busca-se analisar a constituição das trajetórias de uso de crack dos entrevistados, tendo como horizonte o lugar ocupado por elas nas trajetórias sociais dessas pessoas. Com esse intuito são discutidas as primeiras experiências com o crack, os contextos dessas experiências e de que forma o uso do crack se constituiu em trajetórias de uso inseridas em seus cotidianos e vidas.

O capítulo divide-se em quatro partes. Primeiramente situo a discussão das trajetórias de uso com algumas reflexões sobre as percepções do uso do crack em relação a outras drogas. Na segunda parte são problematizadas noções como perfil, identidade, faixa etária e a distinção entre experiência de uso e continuidade do uso – ou trajetória de uso, fundamentais para o entendimento das trajetórias de uso dos entrevistados. Além destas, na terceira parte são problematizadas também as noções de trajetória e narrativa biográfica. E, por fim, na última parte a discussão é aprofundada com o direcionamento do olhar para as trajetórias de uso de crack narradas pelas pessoas entrevistadas.

3.1. Percepções sobre o uso de crack

Para compreender as trajetórias de uso do crack é importante que sejam situadas as percepções que cercam este tipo de prática. Ao focalizar o caso do crack observa-se que a forma com que seu uso é percebido transcende as caracterizações da droga em si, denotando percepções construídas relacionalmente, sobretudo através da distinção e/ou comparação com outras substâncias.

Um das expressões dessa dimensão relacional e das percepções tomadas a partir de elementos comparativos é a classificação entre *drogas*

*leves e drogas pesadas*²¹. Nessa lógica classificatória algumas substâncias são consideradas menos nocivas ou perigosas – as drogas leves – e outras mais perigosas ou causadoras de maiores prejuízos – as drogas pesadas.

Entre os elementos acionados para o estabelecimento dessa classificação podem ser destacados: o potencial em gerar dependência, a produção de danos que se estende a outras pessoas (gerar violência, por exemplo), a associação com locais e grupos considerados perigosos, a ligação com o tráfico e o estatuto lícito ou ilícito da droga. Sem minimizar a importância de nenhum elemento, é importante destacar a visível influência que o estatuto lícito ou ilícito desempenha para que determinada substância seja considerada leve ou pesada. O álcool é um exemplo disso. Ainda que seu uso, ou abuso, seja reconhecido como problemática importante na agenda das políticas públicas e retrate uma prevalência nos casos de dependência química em relação a outras drogas, dificilmente é identificado como uma droga pesada. Ou seja, a relação entre a licitude e a classificação em leve ou pesada demonstra a importante ênfase moral²² presente nessa lógica classificatória.

Diante dessa lógica mais ampla, a associação de elementos como o estatuto ilícito, a grande potencialidade em causar dependência química, a aproximação com grupos marginalizados, com as periferias e com o tráfico, o crack comumente é classificado como droga pesada. E assim, situado em práticas que sucedem o “risco” desencadeado pelo uso de drogas leves. Mas será que a classificação do crack como uma droga pesada e a idéia que seu uso decorra do uso de outras drogas podem ser tomadas como universais?

Tanto quanto no discurso público, a distinção entre *drogas leves e pesadas* é bastante mencionada pelos entrevistados. Num primeiro momento, essa distinção relaciona-se a percepções que enfocam um risco de *perder o controle* e se tornar dependente, como refere Vilson a seguir.

Acho que o crack foi a pior coisa que inventaram (...). O que eu conheço de gurizada que se perdeu por causa dele não dá nem pra contar. Fumar unzinho (maconha) ou cheirar uma carreira (de cocaína) de vez em quando é uma coisa... o cara não vai se

²¹ As expressões droga leve e droga pesada referem-se à linguagem êmica, presente tanto nas falas das pessoas entrevistadas quanto em discursos midiáticos.

²² Domanico (2006) traz contribuições extremamente relevantes sobre a dimensão moral no debate sobre drogas problematizando a noção de ‘pânico moral’ ao analisar o caso do crack.

destruir por causa disso. Agora quando cai na pedra o negócio fica pesado mesmo e não é bem assim sair dessa depois. (Wilson, 33 anos)

Falas como essa foram repetidamente manifestadas nas outras entrevistas, esboçando um aparente consenso quanto à caracterização do crack e as implicações do seu uso. Todavia, sua classificação em termos de leve/pesado é atribuída de modo muito variável, sendo percebido sempre em relação a outros usos. Tal variação e a presença dessa lógica relacional são demonstrados nas trajetórias de Sandro e Ricardo. Para ambos, o crack passa a ser utilizado em momentos posteriores ao abandono do uso de drogas injetáveis. Embora compartilhem de percepções manifestadas pelos outros entrevistados e reiterem elementos utilizados por eles na caracterização do crack, para estes dois entrevistados, seu uso é entendido em meio a uma ambivalência de significados. Ao mesmo tempo em que é considerado uma droga pesada, é percebido como mais leve do que as drogas injetáveis. Desta forma, o uso de crack é apresentado não como um percurso culminado em drogas pesadas, mas como o reverso disso, ou seja, uma sequência desdobrada no uso de drogas mais leves, como se pode observar na fala a seguir.

Eu precisei ser internado pra conseguir parar de usar na veia. E foi aí que percebi o que eu tava fazendo com o meu próprio corpo, com a minha vida. Foi nessa internação que fizeram o exame (anti-HIV) e eu descobri que era positivo. (...) Hoje eu to na pedra e a gente sabe que isso também não faz bem, mas a situação é bem diferente e hoje estou muito melhor do que naquela época. (Ricardo, 45 anos)

Mesmo apontando riscos e prejuízos à saúde derivados do uso de crack para Ricardo são considerados mais leves do que aqueles vivenciados anteriormente com as drogas injetáveis. Diante de relatos como esse, pode-se pensar que a ausência de risco direto de contaminação pelo HIV com o uso de crack constitui um fator importante para subverter sua percepção como droga pesada.

A lógica da classificação baseada na comparação com outro tipo de droga pode ser observada também no relato de Janete, que conta ter proibido que os filhos fumassem crack em casa, e permitiu somente a maconha.

Eu fumo maconha há mais de trinta anos, todos os dias. Aqui em casa todos os meus guris fumam e eu liberei porque maconha não dá nada. Não é que nem o crack, tu não vai morrer porque fuma maconha e na real eu acho que só me faz bem. Eu fumo e fico mais relaxada, é um santo remédio! Se eu estou muito enlouquecida (por causa do crack) eu fumo e consigo dar uma acalmada, daí eu consigo comer, consigo dormir e a coisa toda passa. (Janete, 46 anos)

Ao identificar a maconha como menos prejudicial, ou mais leve, e o crack como mais prejudicial, ou pesada, ela reitera a dimensão relacional presente na forma em que são percebidos. Assim, salienta-se a necessidade de apreender não apenas as diferentes percepções sobre uso de crack, mas principalmente a lógica à que elas se referem.

3.2. Diferentes trajetórias, diferentes sujeitos, diferentes usos.

É bastante comum, seja em discursos midiáticos ou em publicações científicas, que a identificação das pessoas usuárias de drogas seja referida como um tipo de perfil. Nestas, a noção de perfil não representa um conjunto de características comuns e sim uma prática comum, ou seja, o uso de drogas. Mas será que o uso de determinada droga constitui grupos com mesmo perfil?

Segundo Gilberto Velho (1994), um dos elementos que caracteriza a pessoa usuária de drogas é justamente a ausência de um perfil do usuário de drogas. Isso não quer dizer que não existam características comuns e similaridades entre os grupos de pessoas que utilizam alguma droga, mas que estas aproximações dependem de múltiplos fatores para além de uma prática comum. Diante da diversidade de pessoas que usam algum tipo de droga, da diversidade de usos e mesmo de substâncias utilizadas, é possível perceber não a existência de um perfil, mas de múltiplos e diversos *perfis*.

Essa multiplicidade também pode ser pensada quando se trata da noção de *identidade do usuário de drogas*. Embora seja acionada muitas vezes como expressão das práticas de uso, por si só, estas não são capazes de determinar a(s) identidade(s) do sujeito. O uso de drogas pode ser considerado um elemento identificatório, contudo, não quer dizer que os sujeitos desses usos se identifiquem apenas em função de uma prática comum e partilhem de uma

identidade. De acordo com situações e contextos específicos, diferentes identidades podem ser assumidas por estas pessoas, sendo a de usuário de drogas apenas uma entre as possíveis.

Sem a pretensão de avançar na análise dessas noções, busco pontuar os limites de suas generalizações e a necessidade de considerar elementos mais específicos para um conhecimento aprofundado. Entre eles, questões relativas à faixa etária e fase de vida, e a distinção entre experiência de uso e trajetória de uso são fundamentais nessa discussão.

O uso de drogas é comumente apresentado como problemática ligada mais estreitamente ao grupo de pessoas jovens. Talvez o fato de que as primeiras experiências ocorram, grande parte das vezes, na adolescência, corrobore uma maior visibilidade da questão nesses grupos do que em outros. Por outro lado, sabe-se que tais práticas são presentes não apenas em diferentes grupos sociais, mas em diferentes faixas etárias e de diferentes maneiras em diferentes fases de vida.²³

Acerca disso, duas reflexões parecem importantes. A primeira remete à necessária ponderação de que nem todas as pessoas que experimentam algum tipo de droga tornam-se usuários contínuos dela ou dependentes químicos²⁴. Experiência de uso e trajetória de uso são questões distintas e justamente por isso precisam ser entendidas diferentemente. Obviamente uma trajetória de uso de drogas é constituída de experiências de uso, porém experiências de uso não se desdobram, necessariamente, em uma trajetória de uso.

A segunda reflexão diz respeito à definição de 'fase da vida' e a importância de que esta seja pensada para além do significado de faixa etária quando se trata do uso de substâncias psicoativas. Nesse estudo, fase de vida indica um determinado tempo na trajetória de vida e reflete não apenas um determinante cronológico ou de faixa etária, mas momentos distintos de cada

²³ Sobre essa heterogeneidade dos usuários de drogas ver, entre outros, Velho (1994).

²⁴ Acerca disso, os principais referenciais utilizados em saúde pública tem como base os critérios estabelecidos pela OMS em consonância com o DSM-IV (4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) onde as práticas são classificadas a partir de três grandes eixos: uso, abuso e dependência. Apesar de constituírem protocolos e classificações muitas vezes considerados rígidos, a própria OMS atenta para que tanto o abuso quanto a dependência sejam compreendidos não apenas a partir da quantidade, frequência e 'sintomas' do uso, com base em uma definição mais ampla do que seja o 'uso prejudicial' através da avaliação dos efeitos do uso da droga nos diferentes âmbitos da vida dos sujeitos.

trajetória. Deste modo, as experiências e trajetórias de uso do crack precisam ser compreendidas tanto diante de particularidades relacionadas à idade, quanto daquelas relacionadas a momentos e situações específicas vividas.

3.3. Trajetórias e narrativas biográficas: algumas considerações teórico-metodológicas

Antes de avançar para a discussão das trajetórias de uso de crack que apresento na seção seguinte é importante fazer algumas considerações sobre os conceitos de trajetória e narrativa biográfica, categorias centrais nesse estudo. A problematização desses dois conceitos através do diálogo com diferentes autores possibilita, além do delineamento teórico da etnografia, estabelecer a interface com outras categorias relacionadas.

A noção de trajetória constitui uma categoria bastante utilizada em estudos antropológicos e, ao longo do tempo, assume centralidade no trabalho de diferentes autores, em diversas perspectivas. Uma das principais teorizações sobre a noção é proposta por Bourdieu que a define como *uma série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (ou um mesmo grupo), em um espaço ele próprio um devir e submetido a transformações incessantes*. (Bourdieu, 2007, p. 81).

A partir dessa definição, a noção assume extrema relevância como ferramenta metodológica para analisar as relações postas entre os sujeitos, suas redes de relações sociais e o contexto em que estão inseridos. Pela ênfase dada à relação entre sujeito e estrutura social²⁵, o estudo de trajetórias

²⁵ Essa relação é trabalhada por Bourdieu através da noção de *estruturas estruturadas* presente no conceito de *habitus*, denominado como “os sistemas de disposições duráveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionarem como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações que podem ser objetivamente ‘reguladas’ e ‘regulares’ sem ser o produto de obediência a regras, objetivamente adaptadas ao seu fim sem supor a intenção consciente dos fins e o domínio expresso das operações necessárias para atingi-los e coletivamente orquestradas, sem ser o produto de obediência a regras.” (Bourdieu, in Setton, 2002, p. 193-194) Buscando simplificar a noção de *habitus* de Bourdieu, Setton a refere como o conjunto das *idéias e representações que constituem a subjetividade dos indivíduos - portanto, suas predisposições para a ação - e que são adquiridas por eles ao longo de suas trajetórias sociais. Essas idéias e representações são “estruturas estruturadas” porque é o resultado da interiorização das estruturas objetivas; são também “estruturas estruturantes” porque elas são predisposições que tendem a nortear as práticas dos indivíduos e, portanto, a reestruturar as estruturas objetivas*. (Setton, 2002, p.194)

nessa perspectiva favorece a apreensão dos processos nos quais são gestadas mudanças e mobilidades sociais como passagens de *status*, de situação econômica e de atividades profissionais. Nesta perspectiva, a trajetória social deve ser considerada sempre em relação a um ou mais de um *campo*²⁶.

Além da perspectiva proposta por Bourdieu, outras duas se destacam em estudos antropológicos sobre trajetórias: as que tomam por referência a noção de *carreira* e aquelas que se fundamentam em uma noção de *trajetória biográfica*, ou de vida.

Dentre os principais estudos que tem como idéia central a noção de carreira estão os de Becker (2008) e os de Goffman (1988). Enquanto Becker propõe o conceito de *carreira desviante*, explicitado em suas pesquisas com usuários de maconha e músicos de jazz, Goffman utiliza-se do conceito entendido como *carreira moral* ou *itinerário moral*, fundamentado em seus estudos sobre pessoas *estigmatizadas* e portadoras de doenças mentais. Mesmo com suas especificidades, ambos se vinculam aos pressupostos teóricos do interacionismo simbólico e, desta forma, enfatizam a importância das interações sociais na construção das identidades e percursos assumidos pelos sujeitos.

No caso dos estudos focados na noção de trajetória biográfica são articulados elementos biográficos referentes à história de vida pessoal, às relações sociais, ao contexto e aos percursos nessas circunstâncias. Um exemplo desse tipo de estudo pode ser observado na pesquisa realizada pelo Projeto GRAVAD (Heilborn, *et al.*, 2006) acerca das trajetórias afetivo-sexuais de jovens brasileiros. Nele,

A análise de diversos momentos da vida desses jovens identifica pontos de definição dos possíveis rumos que os percursos biográficos podem ter. Há eventos que direcionam e configuram alguns tipos de trajetórias e resultam de um complexo processo de escolhas e injunções sociais que definem parcerias e

²⁶ Trata-se de uma noção que traduz a concepção social do autor. Campo seria um espaço de relações entre grupos com distintos posicionamentos sociais, espaço de disputa e jogo de poder. Segundo Bourdieu, a sociedade é composta por vários campos, vários espaços dotados de relativa autonomia, mas regidos por regras próprias. (Setton, 2002, p.64)

contextos dos relacionamentos estabelecidos (Knauth, et al, 2006: 268).

A análise de trajetórias biográficas não visa, necessariamente, fazer o resgate da história de vida, mas de percursos e momentos específicos dessa biografia que se tornam significativos à luz da problemática estudada, como exemplificado na pesquisa citada. Nela, as questões de sexualidade e gravidez na adolescência foram apreendidas nas trajetórias dos jovens a partir de momentos como: primeiras experiências afetivas e sexuais, primeira união ou separação e relacionamento atual.

Bourdieu problematiza a utilização da noção de *história de vida* na compreensão das trajetórias biográficas, pois segundo ele:

Falar de história de vida é pelo menos supor - e isso não é pouco - que a vida é uma história e que, como no título de Maupassant, 'Uma Vida', uma vida é inseparavelmente o conjunto dos acontecimentos de uma existência individual concebida como uma história e o relato dessa história. É exatamente o que diz o senso comum, isto é, a linguagem simples, que descreve a vida como um caminho, uma estrada, uma carreira com suas encruzilhadas. (...) ou como um encaminhamento, isto é, um caminho que percorremos e que deve ser percorrido, um trajeto, uma corrida, um cursus, uma passagem, uma viagem, um percurso orientado, um deslocamento linear, unidirecional (a 'mobilidade'), que tem começo ('uma estréia na vida'), etapas e um fim, no duplo sentido, de término e finalidade ('ele fará seu caminho' significa que ele terá êxito, fará uma bela carreira), um fim da história. (Bourdieu, 1996, p.183)

A história de vida entendida como uma sequência de acontecimentos coerentemente relatados é concebida por Bourdieu como uma *ilusão biográfica* onde o *biógrafo* é cúmplice na medida em que se propõe a *extrair uma lógica ao mesmo tempo retrospectiva e prospectiva, uma consistência e uma constância, estabelecendo relações inteligíveis, como a do efeito à causa eficiente ou final* (*idem*, p. 185).

Nesse sentido, a *ilusão etnográfica* expressa os limites da busca pela coerência diacrônica, em que as trajetórias e história de vida são entendidas como processos lineares. A crítica de Bourdieu contribui fundamentalmente para a problematização da noção de tempo no estudo de trajetórias, sinalizando a relevância da noção de narrativa biográfica. Nela, o tempo pode

ser entendido como o tempo narrado²⁷ e não como períodos lineares de uma sequência cronológica.

No presente estudo, aproprio-me da noção de trajetória biográfica para pensar a problemática do crack no universo pesquisado. Ela é acionada através das narrativas dos entrevistados e possibilita compreender as situações em que as práticas de uso ocorrem e passam a ser continuadas (ou descontinuadas), as possíveis correlações com os momentos da vida, e os desdobramentos gerados por elas nas trajetórias biográficas.

3.4. As trajetórias de uso do crack

O consumo de crack como algo relativamente novo (emergido na última década) e a idade das pessoas acessadas (apenas três com menos de 40 anos), limitam o aprofundamento da discussão sobre as primeiras experiências com crack entre pessoas jovens e que não tinham trajetória de uso de outros psicoativos. Somente um entrevistado - Cássio, de 42 anos - teve a primeira experiência de uso de drogas consideradas ilícitas com o crack, há menos de um ano. Os demais já tinham experienciado, com maior ou menor frequência de usos, principalmente maconha e cocaína, tanto aspirada quanto injetável. Nesse sentido, suas trajetórias de uso de crack denotam também a construção de trajetórias e seqüências²⁸, nas quais outras substâncias são incorporadas ou substituídas.

Na construção dessas trajetórias e seqüências de usos é importante destacar o expressivo consumo de drogas consideradas lícitas. Dos oito entrevistados, seis fumam cigarro de tabaco e sete referem o uso regular de bebidas alcoólicas. Assim, ao expandir o olhar para a utilização dessas substâncias percebe-se que todos possuem alguma trajetória de uso de drogas, incluindo o único entrevistado que não tinha experiências de usos de drogas (ilícitas) antes do crack, que desde jovem faz uso diário de álcool, principalmente cachaça.

²⁷ Sobre a questão do tempo na narrativa ver, entre outros, Ricoeur (1994).

²⁸ Utilizo o termo seqüência no sentido de caminho percorrido, de rumos tomados, expressando assim, mais que sucessão de eventos.

Juntamente com a maconha, o álcool e o tabaco foram as primeiras drogas utilizadas pelas pessoas entrevistadas. Todos sinalizaram a adolescência como o momento das primeiras experiências. É nesse período que quatro pessoas destacam o início de uma trajetória em que “usaram de tudo” citando a cola, a cocaína, as drogas injetáveis e medicamentos como *Algafan* e *Pervitin*²⁹. As experiências de “usar de tudo” constituíram os relatos dos entrevistados mais velhos, com mais de 40 anos.

Apenas uma entrevistada nessa faixa etária não foi usuária de nenhuma droga na adolescência e a primeira foi a cocaína, já na fase adulta, com 27 anos. Assim como ela, os entrevistados mais jovens, na faixa de 20 e 30 anos, apontam a cocaína como a principal droga utilizada antes do crack. A relação desse dado com a idade das pessoas suscita a reflexão de que, para além das questões pessoais e das trajetórias sociais de cada indivíduo, a utilização de determinadas drogas reflete o momento histórico no qual determinadas substâncias estão presentes e podem ser acessadas mais facilmente. Assim como o consumo de crack é pouco conhecido até o final da década de 1980, o consumo de drogas como *Algafan* e *Pervitin* é quase desconhecido pelas pessoas que passaram a usar drogas depois da década de 1990. Diante de questões como essa, percebe-se a inegável influência do *mercado* de drogas disponíveis no tempo vivido para a determinação dos diferentes usos e das diferentes formas do uso – injetável, aspirada, fumada, entre outras.

Tanto quanto o período histórico e as especificidades do mercado de drogas, o contexto sociopolítico é capaz de alterar trajetórias e práticas de uso. Sobretudo para os ex-usuários de drogas injetáveis, o contexto marcado pela emergência da epidemia de aids na década de 1990 e pelo fomento de políticas de saúde visando a prevenção entre pessoas usuárias de drogas repercute diretamente favorecendo modificações em suas práticas de uso. O estudo realizado por Sanchez e Nappo (2002) traz contribuições importantes sobre a relação entre esse contexto e a transição para o uso crack. Discutindo as sequências desdobradas nesse uso, os autores afirmam que para os ex-usuários de drogas injetáveis,

²⁹ Algafan e pervitin são os nomes comerciais de duas drogas sintéticas bastante utilizadas no Brasil na década de 1970. A primeira é um psicoativo da família dos opiáceos, potente analgésico utilizado como a morfina para o tratamento da dor. Já o pervitin é uma droga da família das anfetaminas, estimulantes do sistema nervoso central.

o crack entrou em suas vidas como tentativa de uma via mais fácil de administração, já que dispensa o uso de seringas e agulhas, substituindo o baque. Contou também o fato de a droga ser, aparentemente, mais segura em relação à possibilidade de contrair doenças. (Sanchez e Nappo, 2002, p.428)

O risco de contrair doenças através do uso injetável é pontuado pelos dois entrevistados que tiveram esse tipo de experiência como uma das questões fundamentais para que esse tipo de prática fosse abandonada. Ricardo, um deles, é soropositivo e conta que na época em que começou a usar drogas injetáveis *“não tinha o conhecimento que tem hoje”*, nem sobre a doença, nem sobre os riscos que corria. O outro entrevistado reforça essa idéia e situa o uso do crack como algo que acarreta menos riscos, como observado no relato a seguir.

Eu tive muita sorte de não ter me contaminado. Naquela época, usar a seringa do outro era a coisa mais comum do mundo e ninguém imaginava o risco que tava correndo. A gente sempre acha que não vai dar em nada, né? Só que hoje, com toda informação que se tem, com tanta campanha na televisão... só faz isso quem quer, não é porque não sabe o risco que ta correndo. Eu não entraria mais nessa! Eu sei que ficar fumando pedra também pode me prejudicar, pode prejudicar minha saúde, mas podia ser bem pior. (Sandro, 42 anos)

Sandro e Ricardo contam que pararam de usar drogas injetáveis há mais de dez anos e depois disso ambos passaram a usar cocaína de forma aspirada, considerando isso como uma minimização dos riscos e prejuízos que a droga poderia trazer. Mesmo assumindo conotações distintas e ocupando lugares diferentes nas trajetórias de uso das outras pessoas, o uso de cocaína aspirada constitui um ponto comum nas trajetórias estudadas.

Exceto no caso de Cássio, as trajetórias de uso de crack foram antecedidas por trajetórias de uso de cocaína. Embora alguns entrevistados relatem que mantinham um uso esporádico, ou em momentos específicos, como festas e finais de semana, o uso de cocaína fazia parte das práticas cotidianas da maioria até ser iniciado o uso de crack.

3.4.1. As primeiras experiências de uso de crack

A maioria dos entrevistados relacionou as primeiras experiências com o crack principalmente a partir de três questões: disponibilidade e facilidade de acesso, curiosidade sobre seus efeitos e descontentamento com a 'qualidade' da cocaína disponível no mercado. Sem dúvidas, essas três questões não se desdobram nas experiências como fatores isolados, compondo um quadro de sobreposições que agrega também outros elementos como a da trajetória biográfica de cada sujeito. Por outro lado, compreender as questões postas pelos entrevistados como comuns e/ou partilhadas possibilita pensar a dimensão social e cultural intrínseca tanto a essas primeiras experiências, quanto à construção das trajetórias de uso.

A 'curiosidade' enfatizada compreende a vontade de experimentar algo desconhecido, mas que no contexto vivido representa um 'desconhecido' de alguma forma conhecido através das relações de proximidade com o crack e com pessoas usuárias em suas comunidades, como se pode observar nas falas de alguns entrevistados.

O crack foi que nem o pó, de brincadeira, de curiosidade. Só que depois tu não consegue largar. (Amanda, 22 anos)

(...) eu comecei foi de curiosidade mesmo. Droga é ilusão, né! É bom, te satisfaz, te dá prazer, mas é só naquele momento. (Ricardo, 45 anos)

Eu resolvi desafiar a droga! Naquela época eu tava vendendo (cocaína) e quis saber o que tinha de tão bom pras pessoas procurarem tanto, só pra saber qual era, de curiosidade mesmo. Só que depois foi difícil sair dessa e acabei procurando outras coisas também, como o crack. (Carla, 44 anos)

Assim, a curiosidade coloca-se para além de uma disposição individual, constituindo-se relacionalmente em um meio onde o acesso ao crack é facilitado pelo contato cotidiano com pessoas que o utilizam ou vendem. A grande oferta e a facilidade de acesso à droga são questões mencionadas em todos os relatos coletados, sendo muitas vezes citadas como as principais "causas" do uso. Por diversas vezes ouvi relatos parecidos com o de Ricardo ao contar que,

É mais fácil tu conseguir crack do que comida! Se tu estiver numa pior e sair pra pedir alguma coisa eles vão te dizer que não, mas se tu pedir uma pedra todo mundo tem. (Ricardo, 45 anos)

Além destes dois elementos – curiosidade e oferta -, o descontentamento com a ‘qualidade’ da cocaína disponível no mercado foi uma questão bastante mencionada nos relatos das primeiras experiências com o crack. Com exceção dos entrevistados mais jovens, a utilização do crack surge em detrimento do uso de cocaína que, segundo alguns, ‘foi ficando cada vez pior’. Sandro conta que começou a usar em função disso.

O pó foi ficando cada vez pior, antigamente não era assim, tu conseguia coisa muito boa. Depois começou a ficar mais escassa, muitas vezes quando eu cheirava eu cheguei pra comprar e não tinha, só tinha pedra! Até que um dia eu resolvi experimentar. (Sandro, 42 anos)

Sem dúvidas a emergência do crack acompanhou um certo enfraquecimento no *mercado* da cocaína em pó, porém restringir a análise da transição dos usos apenas às *questões de mercado* parece limitar a apreensão de suas complexidades. Essa emergência demarca um processo em que oferta e demanda movimentam-se dialeticamente, impossibilitando a visão de uma linearidade baseada em causa e consequência. Nesse sentido, o início das trajetórias de uso de crack dos sujeitos desse estudo denota a congruência com o contexto mais amplo, mas implica, sobretudo, na maneira com que essas disponibilidades externas – do contexto ou do *mercado* - foram incorporadas pelos sujeitos ao aderirem ao uso.

3.4.2. A inserção do crack nas práticas cotidianas

Em todas as trajetórias estudadas, a experimentação do crack foi seguida pela continuidade do uso com incorporação dessas práticas ao cotidiano de vida, no qual, em pelo menos algum período, foi vivenciada a utilização diária. Com exceção do caso de Cássio, citado anteriormente, o uso de crack foi introduzido nesses cotidianos em substituição principalmente ao uso de cocaína.

Em relação a esta e/ou outros psicoativos utilizados anteriormente, foi demonstrada uma maior dificuldade em manter o uso de crack como esporádico ou *controlado* em momentos ou situações específicos, como referido por Jeni na fala a seguir.

Com coca eu consegui, usava só nos finais de semana ou quando eu queria. Com pedra eu não consigo fazer isso, mais cedo ou mais tarde tu perde o controle. É muito difícil ficar no meio termo, pra mim é usar muito ou não usar nada. (Jeni, 22 anos)

Assim como ela, os demais entrevistados destacaram essa característica, considerando muito difícil usar somente *de vez em quando*, ou ainda *controlar* a quantidade utilizada. Apenas duas pessoas referiram dificuldades e necessidades compulsivas de uso de outras drogas antes de provarem o crack, sendo estas a cocaína e o álcool. Sandro, aos 42 anos e Amanda, aos 22, contaram que o uso de cocaína trouxe muitos problemas e que foi muito difícil administrar isso em suas vidas e depois conseguir deixar de usar. Entretanto, disseram que foi mais fácil parar de usá-la do que parar de beber. Ambos se consideram dependentes de álcool e, em um dos depoimentos, Sandro fala que *a pior droga é a bebida alcoólica*.

Ainda que o uso de álcool, principalmente cachaça, tenha sido relatado por outras pessoas como uma prática frequente, este foi concebido como problemático apenas por estes dois. Segundo o restante, apenas o uso contínuo de cocaína foi considerado tão problemático quanto o de crack.

É possível pensar em algumas similaridades na construção das trajetórias de uso de crack e cocaína, inclusive pelas similaridades químicas ali presentes. O tipo de experiência e os *efeitos* alcançados foram apontados de forma muito semelhante, destacando-se a sensação de euforia, agitação, perda de sono e de fome. No entanto, sendo percebidos de maneira mais sutil e prolongada com a cocaína e mais intensa e rápida com o crack. Segundo os entrevistados, os efeitos duram poucos minutos e logo após sentem desejo de fumar outra vez. Ou seja, ao mesmo tempo em que o crack potencializa as sensações alcançadas com a cocaína, há uma minimização no tempo de duração dessas sensações, o que acaba favorecendo o aumento da quantidade de droga utilizada na busca por senti-las novamente.

Para todos, o momento em que foi vivenciado o uso diário ocorreu pouco tempo depois do início das práticas de uso. Esse período de incorporação do crack ao cotidiano, com a intensificação do uso, foi apresentado como o demarcador de uma desestabilização do próprio cotidiano e das relações ali presentes. Essa desestabilização deu-se principalmente a partir de duas questões que acabam se sobrepondo.

A primeira refere-se à questão da visibilidade, tanto das práticas de uso, quanto das possíveis mudanças desencadeadas por elas. A presença do crack como algo muito comum nas vilas das pessoas entrevistadas e uma certa naturalização dessa presença parece não diminuir o rechaço da comunidade com aqueles que são identificados como *usuários*. Com essa identidade, se contrapõem ao grupo das *pessoas de bem*, entendido como o grupo dos trabalhadores e das *pessoas de respeito* da vila. Assim, para evitar os julgamentos morais e possíveis sanções, torna-se importante manter o uso da forma mais discreta possível, não apenas restringindo-o a locais privados, mas também buscando ocultar qualquer indício aparente de que se esteja usando.

A possibilidade de manter isso de forma oculta, ou mesmo discreta, parece ter sido impedida rapidamente diante das especificidades do crack na produção de alterações físicas. A partir do momento em que o uso foi intensificado, há um emagrecimento significativo em um curto espaço de tempo, sendo este um dos primeiros sinais na constituição da visibilidade de suas práticas.

Uma das entrevistadas conta que foi em função da perda de mais de dez quilos que a mãe passou a ficar mais atenta à sua vida e assim acabou sabendo o que estava acontecendo. Segundo ela,

Eu não dormia mais, tava sempre de virada. Cheguei aos 47 quilos, hoje eu peso 60, o meu peso normal. Minha mãe começou a desconfiar e passou a me visitar seguido. Um dia ela foi se despedir de mim e quando me abraçou senti o barulho da lata no meu bolso. Foi aí que eu abri o jogo, contei tudo disse que tava usando direto. (Jeni, 22 anos)

Em relatos parecidos com esse, a preocupação com a perda de peso mostrou-se uma questão central para a maioria dos sujeitos e somente Ricardo afirmou nunca ter se preocupado com isso. Ele conta que às vezes sente

menos fome, mas que mesmo quando *usa direto* não deixa de se alimentar e que seu corpo não mudou (não emagreceu) por causa do crack.

Para os outros, a necessidade de se alimentar diante da falta de fome fez com que fossem criadas algumas estratégias como, por exemplo, reforçar a primeira refeição do dia ou o almoço. A opção pelo almoço foi apontada não por ser entendido como refeição mais importante, mas por se tratar do momento em que *é mais fácil comer*. A adoção dessa estratégia é justificada pelos entrevistados segundo a lógica apresentada na fala a seguir.

O que não pode fazer é deixar de comer. Tem horas que não dá mesmo, por isso, a melhor coisa é comer bastante depois que tu acorda, no almoço. Se tu sabe que vai usar logo depois e que as vezes a coisa vai noite adentro, não adianta querer forçar porque tu não vai conseguir engolir nada mesmo. As vezes eu almoço e só vou comer de novo no outro dia, mas pelo menos uma refeição foi feita. (Janete, 46 anos)

Outra estratégia apresentada no intuito de controlar o emagrecimento e aumentar o apetite foi a associação do crack com o uso de maconha. Dos oito entrevistados, quatro referiram utilizar maconha frequentemente. Em contraposição aos aspectos considerados prejudiciais no uso de crack, o uso de maconha foi concebido de forma positiva, como algo pouco (ou nada) prejudicial e com possibilidade de atenuar os efeitos indesejáveis advindos do crack.

Além do uso alternado de maconha e crack, algumas pessoas relataram o uso do *pitico*, que é um cigarro de maconha adicionado com pedras de crack. Na maioria das vezes o pitico foi apontado como *mais leve* ou *menos prejudicial* que o uso do crack isolado, justamente por agregar os atributos considerados leves ou benéficos situados na maconha.

Por outro lado, essa forma de administração da maconha foi apresentada de forma muito distinta da primeira, principalmente no que tange ao aparente consenso sobre seus *benefícios*. Ao compor um novo produto, que incorpora as caracterizações ligadas ora a uma substância, ora à outra, o *pitico* remonta às representações focalizadas no crack. Nesse sentido, o uso do *pitico* em determinadas situações sinaliza uma estratégia para melhor lidar com os prejuízos decorrentes do uso do crack, em outras é comparado ao fumo do crack. Em muitas das conversas em campo, esse tipo de prática foi concebido

como pouco relevante e, algumas vezes, até desqualificante, como na fala de Carla.

As pessoas que fumam pitico acham que não estão fumando crack. Na verdade elas estão usando a mesma coisa, só que de um jeito diferente. Não muda em nada a situação e não faz com que seja melhor. Se é pra fumar pedra que fumem pedra mesmo. (Carla, 44 anos)

A segunda questão acerca da inserção do crack no cotidiano relaciona-se às mudanças ocorridas nas rotinas e práticas do dia-a-dia. Tais mudanças referem-se, sobretudo, à centralidade que o uso passa a assumir em relação a outras atividades presentes nas rotinas diárias como o trabalho e o convívio com a família³⁰.

Apesar de ser usado em diferentes momentos do dia, algumas pessoas destacaram diferenças entre o uso de dia e o noturno, sendo o segundo percebido como melhor. De qualquer forma, a falta de sono e o aumento de vivências noturnas foram questões apresentadas por todos. Assim, alguns situaram o turno da manhã como a *hora de dormir* e que em algumas situações nem isso foi possível simplesmente porque não conseguiam dormir. Isso trouxe repercussões negativas principalmente para aqueles com vínculos formais de trabalho por não conseguirem mais cumprir os horários realizados anteriormente.

Mesmo para aqueles com vínculos informais de trabalho, as alterações no sono e nos horários de dormir repercutiram negativamente, especialmente para o convívio familiar. Uma das entrevistadas conta que quando começou a usar crack diariamente passou a conviver cada vez menos com a família.

Eu usava toda noite e as vezes ia dormir quando os outros já estavam saindo pra trabalhar. Passava o dia dormindo e depois saía de novo pra usar, não conversava com ninguém, na verdade a gente pouco se via. E eu até preferia, não queria que ficassem me vendo muito louca e que viessem me dar lição de moral. (Carla, 44 anos)

Seu relato expressa as alterações na dinâmica familiar oriundas das mudanças no ritmo do seu dia-a-dia e seus horários de sono, mas, além disso,

³⁰ No artigo Trajetórias e Vulnerabilidade Masculina, Knauth e Víctora (1999) discutem as questões de família e trabalho e o lugar ocupado por estas num contexto perpassado pelo uso de drogas, explicitando sua importância no cotidiano desses grupos.

manifesta, pelo menos num primeiro momento, a necessidade de manter essa nova situação distante ou desconhecida de seus familiares.

Nos casos em que o parceiro ou a parceira também faz uso de alguma droga pode-se perceber um estreitamento no espaço de tempo em que o uso é iniciado e tornado conhecido por este. A fala de uma entrevistada explicita essa questão.

Se o cara também usa é mais fácil, aí não tem porque esconder, não tem que ficar cuidando, se controlando. Tu não precisa ficar planejando que horas fumar, onde fumar. Tu pode usar em casa mesmo. Só que aí tu passa a usar bem mais. (Jeni, 22 anos)

Ao mesmo tempo em que refere uma *facilidade*, ou seja, a possibilidade de fumar em casa quando o parceiro também é usuário, o relato de Jeni demonstra a influência da relação com o parceiro na intensificação das práticas de uso. Assim como ela, muitas pessoas referiram que o fato de compartilhar, seja o uso, seja a experiência de usar, faz com que se *use muito mais*.

Desta forma, quando o(a) parceiro(a) ou outros membros da família não são usuários e ainda desconhecem as práticas de uso, estas acabam por ser menos freqüentes ocupando uma dimensão mais *oculta*. Esse ocultamento das práticas pode ser compreendido como uma situação intermediária entre a necessidade de esconder o uso para preservar os vínculos afetivos e o momento em que passa a ser reconhecido.

No momento em que se torna visível, ou reconhecido, percebe-se uma desestabilização das/nas trajetórias de uso com a implicação do posicionamento do sujeito diante da nova situação. Esse momento foi apontado pelos entrevistados como um dos períodos mais críticos. A dificuldade em conciliar o uso e a relação familiar, os conflitos emergidos e também os incentivos recebidos para a transformação dessa realidade foram apontados pela maioria como fatores fundamentais para (des)continuidades dos usos, questão que discuto no capítulo a seguir.

4. (DES)CONTINUIDADES DO USO DE CRACK E RECURSOS ACIONADOS PELOS USUÁRIOS

Cabe salientar que, até o final da pesquisa todos os entrevistados mantinham-se utilizando o crack regularmente. A concepção do crack como uma *droga pesada*, o sentimento de maior *fissura* em relação a outras drogas e a dificuldade de controlar essa fissura foram os principais elementos acionados em suas explicações sobre a manutenção do uso. Todavia, as questões apontadas não impediram que, em determinados momentos e determinadas situações, as práticas fossem alteradas, reduzidas ou mesmo abandonadas, constituindo o que chamo aqui de *(des)continuidades* do uso.

O objetivo deste capítulo é pensar essas mudanças e descontinuidades, situadas aqui como o reverso – ou a complementaridade - da discussão sobre a inserção do crack nos cotidianos dos entrevistados. Desta forma, busca-se compreender os momentos em que as práticas de uso são interrompidas ou modificadas e que alternativas são apontadas para as mudanças, tomando como ponto de partida os seguintes questionamentos: Quando o uso do crack passa a ser considerado um problema? Se concebido como problema, que possibilidades de alteração são vislumbradas? Que recursos são acionados pelos usuários diante das alternativas identificadas?

4.1. Quando o uso é um problema

Tanto através da interrupção do uso de crack, quanto de alterações nas práticas de uso, foram observados momentos de descontinuidade nas trajetórias de uso de crack da grande maioria dos entrevistados. Nestas trajetórias, as descontinuidades são objetivadas a partir do momento em que o crack passa a representar algum tipo de problema para o usuário, comprometendo, por exemplo, sua saúde, suas relações familiares ou suas possibilidades de trabalho.

A trajetória de uso de crack de Ricardo difere das demais em relação a essa questão, sendo a única em que essas descontinuidades não foram observadas. Para este entrevistado, em nenhum momento o uso foi percebido como problema a ponto de demandar mudanças ou a interrupção do uso do crack. Ricardo conta que fuma crack praticamente todos os dias e que nunca deixou de comer, de dormir e de sair para vender seus artesanatos por causa disso, ou seja, mantém suas práticas cotidianas sem nenhuma alteração significativa produzida pelo uso frequente. O uso é concebido por ele mais como questão com a qual precisa lidar devido à condição autodenominada de *viciado*, do que como problema ou uma situação problemática a ser resolvida. Nesse sentido, ao falar sobre o crack afirma que,

O crack foi uma escolha e se fosse essa seria outra droga. Quem é viciado não larga nunca. O vício eu não larguei, só mudei a droga (antes usava cocaína). Um dia eu acho uma melhor e largo a pedra. Posso até dizer, hoje eu vou ficar só na cachaça, não vou usar droga nenhuma, mas é outra droga também. (...) Eu sei que só uma coisa vai me fazer parar: a morte! (Ricardo, 45 anos)

Ao falar sobre o uso de outras drogas, em períodos anteriores, Ricardo relata situações em que vivenciou muitos problemas, como o momento em que foi internado por familiares por causa do uso de cocaína injetável. Segundo Ricardo, o uso de crack não acarreta nenhum problema para sua vida no momento atual por que *aprendeu a lidar com o uso da droga*. Em suas falas, geralmente as práticas de uso recebem denominações de doença, mais precisamente de dependência química concebida por ele como uma doença incurável, reiterando a idéia de que *quem é viciado dificilmente deixará de ser*. Assim, a abstinência não é apontada como possibilidade, sendo a manutenção do uso uma necessidade decorrida do fato de ser dependente.

Embora a noção de dependência química tenha sido acionada por outras pessoas como explicação para a dificuldade de abandonar ou modificar as práticas de uso, apenas Ricardo a referiu como incurável ou *imutável*. Para os demais, essa questão é colocada de forma flexível, passível de ser modificada em determinadas situações e determinadas circunstâncias.

Independentemente dessas diferenças no modo de entender a problemática da dependência química, é possível observar que a concepção do

uso como problema pressupõe sempre uma dinâmica relacional. Ou seja, a prática de uso do crack não representa um problema em si, mas em relação aos seus possíveis desdobramentos nas vivências dos usuários. De modo geral, o uso do crack foi percebido como um problema para as pessoas entrevistadas quando passou a acarretar dificuldades ou perdas relacionadas principalmente ao trabalho e aos vínculos afetivos.

Tanto quanto na constituição das trajetórias de uso, a relação com o parceiro designa um fator de grande importância para que o uso seja concebido como algo problemático. Desta forma, o fato do parceiro não ser usuário ou reprovar a prática, muitas vezes estabelece a busca pela descontinuidade dos usos. O que acontece também em relação à família e/ou filhos. Jeni demonstra isso quando fala que,

Quando tu tá com alguém que não admite que tu use, a coisa muda de figura. Aí tu vai ter que pesar a relação também, e o quanto essa pessoa importa pra ti. (...) Eu só decidi me tratar por causa do meu namorado. Ele me ameaçava e dizia que se eu não me tratasse não tinha como a gente ficar junto. Eu tinha medo que ele me largasse e daí sim eu não teria mais nada por mim, nem minha mãe perto eu tinha. Foi isso que me deu forças pra querer parar. (Jeni, 22 anos)

O outro fator bastante relevante para a identificação problemática do uso é a questão do trabalho. A dificuldade em conciliar a utilização da droga e rotinas de trabalho demarca um momento crucial em que, muitas vezes, é preciso escolher entre um ou outro. O desemprego, situação na qual se encontram muitos dos entrevistados, é muitas vezes atribuído a esse momento, como demonstrado no relato a seguir.

Por causa de droga eu perdi meu emprego, perdi dinheiro, perdi a moto que eu tinha. Eu ganhava bem, trabalhava na TIM, viajava pra São Paulo, fiz curso de inglês, de informática. Eu tinha uma vida boa, tava morando no centro, nada me faltava. (Amanda, 22 anos)

A recuperação do trabalho e o modo de vida que ele lhe possibilitava é o principal motivo apontado por esta entrevistada ao relatar que está *tentando parar de usar*, tanto o crack quanto o álcool. Amanda conta que depois que tomou a decisão de parar ficou quase duas semanas sem fumar crack e está usando menos por não fumar todos os dias. A diminuição do consumo é

decorrente dessa redução de dias em que o crack é usado, pois segundo Amanda, nos dias em que começa a fumar é muito difícil de *se controlar* e acaba fumando quantas pedras puder comprar.

A descontinuidade na trajetória de uso desta entrevistada pode ser observada como a alteração do uso, que se torna mais esporádico. Todavia, é importante salientar que para Amanda, assim como para grande parte dos entrevistados, os momentos de descontinuidades com algum tipo de manutenção do uso são objetivados como estratégias que visam à descontinuidade representada pela abstinência do consumo do crack.

Na trajetória de uso de Vilson a descontinuidade deixa de situar estes momentos de interrupção do uso do crack, bem como a intencionalidade de parar de usar. No entanto, diferentemente de Ricardo, o outro entrevistado que também não exprime a intenção de parar de usar, para Vilson a utilização do crack é referida como uma questão bastante problemática. Ele conta que logo após experimentá-lo passou a fumar todos os dias e que isso acarretou inúmeros prejuízos em sua vida. Juntamente com amigos que também usavam, se envolvendo com o tráfico e com assaltos para conseguir mais dinheiro destinado a compra da droga. Vilson fala que esta foi uma das piores fases de sua vida e que só foi possível sair dela porque conseguiu abandonar a relação que tinha com o crack, mesmo não abandonando o uso, conforme afirma a seguir.

Eu sei bem como a pedra destrói a vida das pessoas, como faz elas perderem tudo que tem de mais valioso, a família, os amigos... E não é isso que eu quero pra mim. Certo que o lance te dá uma fissura, que dá vontade de usar direto quando tu entra nessa. Tem que ter muita força de vontade pra sair dessa nóia, tem gente que não consegue, fuma a primeira e não consegue parar. Eu consegui. Não vou dizer que não fumo mais, tu sabe que eu uso né? Chega a noite e eu tenho que fumar, mas é uma e pronto. É o meu remedinho (risos), tem hora e medida certa. (Vilson, 33 anos)

Nesta trajetória de uso do crack, a descontinuidade diz respeito ao tipo de relação estabelecida com a droga e à alteração na frequência de seu uso, não a momentos de interrupção. A mudança na forma de administrar o uso é percebida por Vilson como a transformação de uma situação problemática, possível através de sua *autodeterminação* no controle do uso. Assim, hoje ele

busca manter o uso de uma pedra de crack por dia, fumada no cigarro de maconha.

Diferentemente dele, a busca pela descontinuidade foi colocada pelos demais entrevistados como a busca pela abstinência do uso de crack. Para a maioria, usar de maneira controlada é considerado algo muito difícil ou mais complicado do que parar de usar em função da vontade de usar mais depois de fumada a primeira pedra.

A *força de vontade*, ou *autodeterminação*, é destacada em quase todos os relatos como um elemento central nas descontinuidades do uso de crack, situando o entendimento de como se desencadeia a mudança e o posicionamento do sujeito frente a esta, conforme se observa nas falas abaixo:

Se o cara quer mesmo parar é claro que ele consegue! Querendo ou não tu sofre... É óbvio que não é fácil, mas se tiver autodeterminação consegue. (Wilson, 33 anos)

(...) não é que eu não queira parar sabe? Tem vezes que eu vou dormir e fico na cama pensando: a partir de amanhã eu não vou mais usar. Daí eu até consigo ficar uns dias longe, tento não ficar com aquilo na cabeça mas tem horas que vem uma vontade que é que nem uma tentação sabe? Dá uma tentação tão forte de ir atrás de uma pedra que tu não sossega enquanto não ta com ela na mão, tem que ser muito forte pra controlar a vontade que dá! (Janete, 46 anos)

Não adianta os outros quererem que a pessoa pare de usar se ela não quer. A família pode fazer de tudo, podem até internar que não vai resolver porque quando sai vai ser a mesma coisa. Em primeiro lugar é a pessoa que tem que querer se ajudar, depois os outros podem ajudar também e dar apoio porque precisa muito. (...) Mas a maior parte eu acho que depende é da própria pessoa mesmo e não do lugar onde ela vai pra se tratar, tem que muita força de vontade senão nada adianta. (Carla, 44 anos)

Esta percepção da *força de vontade* reflete como é concebida a própria relação do usuário com a droga: uma relação de controle e/ou poder. Nesta relação é presumido que, ou o usuário tem força de vontade e controla o uso da droga, ou é a droga quem o controla.³¹

³¹ Esta relação é explicitada por Piccolo (2001) com a expressão “se deixar a droga levar”, título de sua dissertação. Segundo a autora, a frase recorrente no universo por ela pesquisado congrega em si todo significado e a própria relação que os usuários mantem com a droga.

Contudo, é importante salientar a interdependência da noção de *força de vontade* a outros elementos nos processos de descontinuidade do uso. Se por um lado ela é vista como um determinante para a mudança, por outro, a grande maioria reforça a idéia de que *não basta querer*, pois é necessário ter como sustentar esse *querer* e, para isso, a ajuda de outras pessoas é fundamental. Nesse sentido, a objetivação da mudança transcende a dimensão individual da vontade, relacionando-se com os recursos que o sujeito irá acessar para isso e as relações sociais que irá estabelecer nesta busca.

4.2. Para onde ir?

Diferentes caminhos foram traçados pelos entrevistados como alternativas para a mudança das problemáticas geradas pelo crack, sinalizando recursos acessados e itinerários terapêuticos. Nestes, a busca por um recurso não prevê necessariamente a exclusão de outros e, muitas vezes, são colocados como complementares, de acordo com a necessidade percebida ou a possibilidade do acesso.

A família, as instituições religiosas e os Serviços de Saúde destacam-se como as principais alternativas apontadas pelos entrevistados e como os recursos acessados por estes.

4.2.1. A família

Apesar de inúmeros conflitos relatados pelos entrevistados e dos momentos em que isso produziu afastamentos da família, todos atribuem a ela um papel central nas descontinuidades do uso do crack ou outras drogas. Ela é citada como um dos primeiros recursos e também, como um dos principais motivos para que outros sejam buscados. Essa importância e a relevância do apoio familiar podem ser percebidas na fala de uma das entrevistadas.

Se não tiver o apoio da família é muito mais difícil. Eu acho que o mais importante é a força de vontade e a ajuda da família.

Relação esta que é uma conjugação de forças: ou o usuário controla o seu uso ou a droga o controla. (Piccolo, 2001, p.68)

Depois, se precisar mesmo, tem que ir procurar ajuda em outros lugares, até se internar se vê que não tem mais jeito. (Jeni, 22 anos)

Quando não se conta com a ajuda de familiares a possibilidade de mudança é vista como algo muito mais difícil. A família é entendida aqui num sentido bastante amplo, não representando apenas o núcleo de que habita a mesma residência. O tipo de vínculo mantido e a proximidade afetiva parecem assumir maior importância do que a simples convivência. Assim, podem ser acionados familiares que no momento podem estar distantes, mas que são significativos em suas vidas e representam possibilidades e ajuda. Da mesma forma, amigos importantes, por vezes considerados pessoas da família em função do grau de convivência e comprometimento um com o outro, também podem representar esse papel.

São estas pessoas que, num primeiro momento, acolhem a problemática apresentada e se colocam à disposição para ajudar. Para alguns entrevistados, ter por perto alguém que esteja disposto a ajudar a não usar o crack pode ser mais importante do que o auxílio oferecido em instituições e serviços diversos. Tratando-se dessa questão, é bastante significativo o relato feito por uma entrevistada.

Eu já fiz muito tipo de tratamento, já tive atendimento psicológico quando fui parar no Madre Pelletier, já fiz tratamento até na clínica pra dependentes que tem no São Pedro. Não quero dizer que essas coisas não funcionam porque tudo depende da pessoa né?! Agora me indicaram um tal de CAPS que é um centro de atendimento onde as pessoas vão algumas vezes por semana e eu até estou pensando em ir. Mas o que eu acho que funciona mesmo é tu ter uma pessoa sempre do teu lado, alguém que, quando bate a fissura de usar te diga pra não usar, pra esperar passar. Isso sim te ajuda a conseguir. (Janete, 46 anos)

A busca por recursos externos ao âmbito familiar pode representar tanto a ausência deste, quanto seus limites na resolução do problema. Nas situações em que os familiares estão dispostos a ajudar, mas é percebida a incapacidade de fazerem isso sozinhos, a família assume papel importante na escolha de outros recursos. Nesses casos, são determinantes para o alcance e manutenção dos possíveis resultados obtidos com os recursos acessados, sejam eles religiosos ou de saúde.

4.2.2. Os serviços de saúde

Grande parte das pessoas entrevistadas já teve alguma experiência de tratamento realizado em locais como unidades básicas de saúde, centros para dependência química ou hospitais. Mesmo aqueles que nunca procuraram esse tipo de recurso afirmam ser este um dos principais caminhos a ser percorrido na busca pela solução dos problemas com as drogas.

Num primeiro momento isso parece indicar a visão da problemática como uma questão de saúde, ou doença. No entanto, nem sempre esse tipo de entendimento foi acionado na percepção sobre esses recursos. Além da concepção do uso de drogas como uma questão de dependência química, referida por alguns entrevistados, o fato de constituírem um percurso disponível e legitimado socialmente foi um dos fatores fundamentais na sustentação da visão da relevância atribuída aos serviços de saúde.

Quase todos os entrevistados contam com Unidades de Saúde, ou postinhos como são chamadas emicamente, próximas de suas casas. Porém, para tratar de problemas com drogas este tipo de serviço parece ser pouco acessado, sendo utilizado preferencialmente para o atendimento de pré-natal, pediátrico e de doenças consideradas menos graves³² como dor de garganta, gripe, etc.

Hospitais gerais ou psiquiátricos e centros especializados em dependência química foram as principais referências apontadas. Metade dos entrevistados já realizou tratamentos em algum desses locais, sendo que todos passaram por internações. Na maioria dos casos, a internação foi demandada pela própria pessoa ou por seus familiares e isso também foi um dos fatores pontuados para a procura de hospitais em detrimento dos postos de saúde. Embora o atendimento através de consultas médicas ou psicológicas tenha sido considerado muito importante, em geral aparecem como via mais apropriada para o acompanhamento após internações ou para casos percebidos como menos críticos. Essa questão é bastante visível no relato feito por Carla.

³² Essa questão é aprofundada por KNAUTH (1991) na análise sobre a relação estabelecida com o “postinho” da comunidade e as demandas levadas até este.

Ninguém para de uma hora para outra, só se ficar trancado. Depois que tu se torna dependente tu pode fazer um monte de coisas mais essa é a melhor solução. Hoje eu sou bem consciente dos cuidados que eu tenho que ter, daí sim tu pode se manter fazendo tratamento com as consultas, mas quando a pessoa está no fundo do poço ela não consegue. (Carla, 44 anos)

Carla é a entrevistada que permaneceu por mais tempo internada. Enquanto os outros ficaram em média dois meses, ela passou oito meses internada em uma clínica de São Leopoldo, período que refere como fundamental para se *desintoxicar e aprender a viver sem as drogas*. Depois da internação ela passou dois anos sem usar nenhum tipo de drogas e há mais ou menos um ano conta que *recaiu* com o crack. Procurou ajuda novamente e hoje faz acompanhamento no CAPS-AD do município com uso de medicação psiquiátrica. Conta que não foi preciso se internar novamente, pois agora consegue lidar melhor com essas situações e se sente mais segura com o suporte que tem recebido nos atendimentos do CAPS, que frequenta quase diariamente. Carla destaca também o uso da medicação, considerada por ela muito importante, pois sem ela fica muito difícil *controlar a fissura*.

Esta percepção da medicação se contrapõe à manifestada por Jeni, a outra entrevistada que também passou por internação. Jeni relata que o uso da medicação ajudou apenas nos primeiros dias em que ficou internada, mas depois disso foi prejudicial e se sentia muito mal com a dosagem prescrita pelo médico. Ela conta que no início,

Eu ficava dopada o dia todo. Tomava uns quatro calmantes por dia e nem conversar direito eu conseguia. Pedi pro médico pra diminuir a dose e ele disse que não podia, que fazia parte do meu tratamento, daí eu resolvi diminuir por conta. Eu passei um tempo tomando só dois daqueles que eles me davam até que um dia eu contei pro médico e ele viu que eu estava bem tomando menos. Aí ele concordou e eu fui diminuindo até tomar um só. (Jeni, 22 anos)

Enquanto para Carla a medicação representa um suporte importante e necessário, para Jeni os remédios são entendidos como algo que a tirava da realidade, assim como a droga. Carla concebe seu problema com drogas como doença e, segundo ela, a pessoa que é dependente química deve se tratar com

remédios assim como qualquer outra pessoa doente. Como Jeni não concebe seu problema como uma doença, tanto a medicação, quanto o local da internação são vistos como pouco adequados. Segundo ela, o hospital em que esteve deveria atender apenas pessoas com doenças mentais, o que não era o seu caso, como afirma no relato seguinte.

Aquele lugar parecia mais uma cadeia. Era como se fosse uma cadeia, até o horário de tomar sol era de uma hora por dia só. Acho que é lugar pra gente doente, com depressão, essas coisas. Eu ficava mal de ouvir aquele monte de gente berrando o tempo todo. Tinha dias que nem o barulho da TV eu ouvia de tanta gente louca berrando. (Jeni, 22 anos)

Assim como Jeni, em alguns momentos outros entrevistados também manifestaram um sentimento de ambivalência em relação aos hospitais que atendem pessoas com dependência química. Ao mesmo tempo em que são reconhecidos como locais para o atendimento de suas demandas, são percebidos como espaços mais apropriados para o atendimento das demandas do outro (doenças mentais, casos *mais graves* de dependência, etc.).

4.2.3. A religião

No universo pesquisado, o percurso religioso é apontado como uma via muito eficaz para a superação de problemas com drogas. Diferentes religiões ou crenças foram referidas pelas pessoas entrevistadas, como católica, espírita e umbanda, consideradas fundamentais na superação de momentos de dificuldade. No entanto, destaca-se a igreja evangélica como aquela que, além de oferecer conforto espiritual e ajudar a resolver dificuldades, é representada como recurso para a *cura*.

No momento da pesquisa apenas uma entrevistada mantinha-se *praticante* da igreja evangélica, porém metade dos outros tem familiares evangélicos e, pelo menos em algum momento da vida, se aproximaram dessa religião. Para a maioria, ser *crente*, como são chamados os adeptos, e assumir os preceitos da religião frequentando a igreja regularmente é uma forma de manter-se longe do *caminho das drogas*. Esse afastamento é percebido, não

como resultante da *proibição* que muitas igrejas evangélicas fazem ao uso de qualquer tipo de droga, e sim como o resultado da ajuda proporcionada por elas.

Para isso se tornar possível, a fé é colocada como elemento central. Segundo um entrevistado, *não adianta só rezar ou ir à igreja, se não tiver fé nada disso adianta*. Vários casos de pessoas que conseguiram *se curar* por causa da religião foram relatados, sempre atribuindo à fé o princípio da mudança. É seguindo essa lógica que Amanda comenta o caso da sua irmã.

A minha irmã estava acabada por causa da pedra e foi quando ela procurou a igreja que a coisa mudou. Ela chegou até a ser internada numa fazenda por que o caso dela tava sério mesmo, mas depois disso se tornou outra pessoa. Nem cigarro ela fuma mais. Hoje ela é crente, vai sempre pra igreja e mudou totalmente. Pra ela resolveu, pra mim não sei... não sou muito dessas coisas. (Amanda, 22 anos)

Embora Amanda não seja evangélica, nem motivada a se tornar, é nítida sua crença na eficácia da religião para aqueles que tem fé e se tornam seguidores dela. Nesse sentido, a fé é compreendida como condição e também como princípio da eficácia³³ religiosa, que passa a ser reconhecida para além de seus praticantes. A fala de outro entrevistado, que também não é evangélico enfatiza essa questão.

O que move a gente é a fé. É ela que te move para a religião. É ela que faz com que Deus possa agir na tua vida para que as coisas aconteçam. Um exemplo disso é uma tia minha que era 'tomadora' desde a década de 70. Depois que se converteu na fé ela se tornou outra pessoa, até do vírus HIV ela conseguiu se livrar. (Vilson, 33 anos)

Vilson ressalta a importância de que a fé seja direcionada para o bem e para religiões que busquem isso, pois acredita que nem todas tem esse foco. Durante um tempo de sua vida foi batuqueiro e conta ter abandonado o batuque principalmente por considerar uma falta de preocupação em gerar mudanças para o bem. Comenta que algumas mães-de-santo aceitam que os filhos-de-santo sejam traficantes, por exemplo, o que não considera uma coisa errada, já que a função da religião é essa mesma, acolher quem quer que seja,

³³ A análise da fé como princípio da eficácia religiosa pode ser aprofundada através da importante contribuição oferecida por Lévi-Strauss nos textos "O feiticeiro e sua magia" e "A eficácia Simbólica", em Antropologia Estrutural (1989).

mas que o que é errado é não incentivar a mudança. Em sua opinião, não basta acolher, tem que visar à transformação para uma vida melhor, como faz a igreja evangélica.

Vilson tem uma irmã evangélica e conta que ela insiste muito para que ele também vá à igreja. Ele argumenta que ainda não está pronto para assumir isso de vez, que ainda não é o seu momento, mas que é aquela em que ele mais acredita.

Para além da fé, a eficácia da igreja evangélica parece ser associada também à relação estabelecida com os pastores durante os cultos. Estes são identificados como pessoas que estão ali para ajudar e se implicam com os problemas sem fazer julgamentos. Ao frequentar os cultos, contam que se sentem compreendidos e vistos como pessoas que necessitam de ajuda e não como culpados.

Outra questão que se destaca na visão das potencialidades dessa religião é a existência de espaços, chamados fazendas terapêuticas, para internação de pessoas que buscam abandonar o uso de drogas. Em geral, é a alternativa destinada aos casos considerados 'mais graves' ou quando outras formas de ajuda já foram buscadas e não obtiveram resultados.

A internação em fazendas terapêuticas de igrejas evangélicas é procurada também por pessoas sem vinculação religiosa anterior, algumas vezes quando os serviços de saúde foram buscados para essa finalidade e não foi possível obter o recurso. Todavia, a *eficácia* da terapêutica proposta nesses locais e a adesão a suas rotinas é estreitamente ligada à adesão aos princípios religiosos estabelecidos.

Muitos entrevistados conhecem pessoas que passaram algum período em fazendas terapêuticas, mas apenas uma vivenciou essa experiência. Jeni, que refere ser *crente* desde os 12 anos, já tinha sido internada em duas instituições de saúde antes da fazenda. Estas ajudaram apenas momentaneamente e logo após a saída delas Jeni voltou a usar crack. Com a ajuda da mãe e do namorado, ela foi internada novamente, dessa vez em uma fazenda, localizada no município de Caxias do Sul. Jeni permaneceu ali por dois meses e comenta o quanto foi difícil lidar com as rotinas e as normas do lugar. Segundo ela,

Lá eles impõe uma mudança muito radical e não é todo mundo que consegue agüentar o tipo de vida que se tem lá. Cortaram até o meu cigarro, que era uma coisa que ajudava a me acalmar. Não tinha TV, não tinha distração. Era só trabalho pesado na lavoura, o dia todo, com hora pra acordar, pra dormir, pra comer e pra rezar. (Jeni, 22 anos)

A dificuldade em se adaptar e seguir essas rotinas fez com que Jeni, por diversas vezes, tivesse pensado em fugir. Mesmo assim, conta que acabou ficando, principalmente por causa do namorado, como relata a seguir.

Eu queria fugir, mas só fiquei por causa do meu namorado. Ele me ameaçava e dizia que se eu fugisse de lá, se não me tratasse, ele não ia poder fazer mais nada por mim. Eu tinha medo que ele me largasse. Daí sim, eu não teria mais nada por mim, nem minha mãe perto eu tinha, porque ela estava morando longe. (Jeni, 22 anos)

Depois dessa internação, Jeni conseguiu deixar de utilizar crack, restabeleceu a relação com o namorado, casou e foi morar com ele em Canoas. Às vezes visita os amigos do bairro Feitoria em São Leopoldo, normalmente escondida do marido, pois segundo ele, estes representam riscos de que ela se envolva novamente com o crack.

Algum tempo depois da entrevista soube-se através de um amigo de Jeni, residente na Feitoria, que ela tinha voltado a usar e que estava tentando manter isso de forma esporádica para o marido não desconfiar. Observa-se assim, mais um momento de descontinuidade em sua trajetória de uso de crack, ou seja, a utilização esporádica após o período de abstinência do uso. Estas mudanças ao longo da trajetória descrita demonstram, além dos diferentes modos de descontinuidade do uso, a relação destes com o contexto mais amplo da trajetória de vida dos sujeitos.

5. RISCOS, VULNERABILIDADE E USO DE CRACK

Neste capítulo busca-se analisar as questões de risco e vulnerabilidade relacionadas às trajetórias de uso de crack, problematizando-as a partir das trajetórias biográficas dos entrevistados. A noção de risco é uma categoria muito utilizada na área da saúde e, ao longo do tempo, tem oferecido inúmeras contribuições em estudos em que são focalizadas questões como: fatores de risco, comportamento de risco, percepções de risco. Já a noção de vulnerabilidade é uma categoria mais recentemente utilizada, ganhando destaque principalmente no contexto da epidemia da Aids. O conceito de vulnerabilidade visa expandir a dimensão individual presente no conceito de risco, agregando elementos do contexto social em que os riscos são inseridos.

Embora risco e vulnerabilidade sejam conceitos bastante interligados e com fronteiras não tão nítidas em suas delimitações, para uma explicitação melhor de cada um, o capítulo divide-se em duas partes. A primeira parte traz uma breve revisão sobre o conceito de risco, os riscos associados ao crack e as formas com que são percebidos e administrados pelas pessoas que o utilizam. Na segunda parte a discussão dos riscos abre-se para pensar a constituição da vulnerabilidade das pessoas usuárias de crack.

5.1. Os riscos associados ao crack

Conforme afirmado por Mary Douglas (1976), cada cultura, em cada tempo, prescreve seus *riscos* e seus *perigos* e, ao serem entendidos por meio de práticas ou situações potencialmente *perigosas*, comportam valores morais presentes na regulação da vida social. Estabelecidas as noções de risco, *a ordem social é protegida por perigos que ameaçam os que transgridem. Essas crenças-perigos são tanto ameaças que um homem utiliza para coagir um outro, como são perigos que ele próprio teme incorrer por lapsos de retidão.* (Douglas, 1976. p.13). Assim, dimensão política da noção de risco é evidenciada justamente pela observação do caráter arbitrário do risco.

A partir do enfoque cultural, o risco e seus sentidos são construídos socialmente originando categorias onde estão implicados diferentes saberes (científicos e populares) que são atualizados permanentemente nas relações sociais. Mary Douglas (1996) critica as análises psicologizantes sobre percepção dos riscos visto que estas desconsideram a existência de formas definidas pela coletividade de enfrentamento dos riscos e perigos. Há, segundo Douglas, formas compartilhadas de enfrentamento do risco que envolvem motivações de ordem política, religiosa, esportiva, familiar, entre outras.

No campo da saúde o risco é relacionado sempre a uma idéia de negatividade³⁴, retomando o conceito formulado pela epidemiologia que o define como a probabilidade de ocorrência de eventos negativos ou danos à saúde. Sem dúvidas o estabelecimento destes riscos compreende uma construção social, mas nem por isso deixa de denotar as manifestações físicas ou corporais que perpassam a própria construção social desses riscos.

Em relação à problemática do crack, os riscos à saúde das pessoas usuárias, do ponto de vista médico, dizem respeito a manifestações físicas como:

“redução da função pulmonar, com capacidade de expiração comprometida e, em casos mais graves, pneumotórax espontâneo e enfisema no mediastino³⁵. No aparelho cardiovascular, o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial e o notável efeito vasoconstritor podem levar a uma parada cardíaca. Outros efeitos associados ao uso de crack são necrose muscular, problemas neurológicos como convulsões e hemorragias cerebrais, e problemas psiquiátricos como paranóia, depressão severa e ataques de pânico.” (Ferri et al., 1993, p.25)

³⁴ Lê Breton (1991), ao discutir o risco inerente à prática de esportes radicais oferece um contraponto a essa visão. Segundo o autor, o risco enfrentado por estas pessoas representa a relação do homem com a morte. E é justamente ao desafiar a morte se expondo a ela que torna as práticas compensadoras e positivas para aqueles que a vivenciam.

³⁵ O mediastino é uma das três partes em que está dividida a cavidade torácica. Seu espaço contém o coração, as partes torácicas dos grandes vasos e outras estruturas importantes como os segmentos torácicos da traquéia, do esôfago, do sistema nervoso autônomo e do sistema linfático.

Além destas manifestações, em que existe uma associação direta das práticas de uso com o surgimento destes problemas de saúde, o uso de crack é relacionado também a maiores riscos de contaminação por doenças como aids e hepatite. Uma pesquisa realizada em parceria com o Ministério da Saúde comparou os dados coletados entre pessoas usuárias de crack com usuários de drogas injetáveis e concluiu que *a soroprevalência do HIV entre os usuários de crack, embora inferior aos usuários de cocaína injetável (7% x 33%), é elevada quando comparada à população geral.* (AZEVEDO, 2007). Ou seja, juntamente com o risco de problemas de saúde ligados diretamente às práticas de uso, dados como estes demonstram que o uso pode favorecer uma maior exposição a situações de risco de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis.

Riscos dessa ordem são os mais discutidos nas publicações da área da saúde, mas em um contexto mais amplo como o dos discursos midiáticos, destacam-se também as questões de dependência química e violência, muitas vezes caracterizadas como riscos intrínsecos ao consumo de crack. A percepção do crack como uma *droga pesada*, com alto potencial de dependência e sua associação com contextos de pobreza e criminalidade, reflete elementos da caracterização destes riscos. Problematisando estas questões, os elementos serão retomados posteriormente na discussão sobre vulnerabilidade.

A maioria dos entrevistados demonstrou bastante conhecimento sobre os riscos ligados ao uso de crack e, muitas vezes, elementos do discurso médico foram reproduzidos nas falas das pessoas entrevistadas. De diferentes formas, suas percepções de risco foram associadas também a dois eixos centrais: saúde e violência. O risco de tornar-se dependente da droga é ressaltado por todos e, intrínseco aos dois eixos, é entendido como o desencadeador dos outros riscos. Apesar de serem citados casos de pessoas conhecidas que experimentaram o crack e não se tornaram dependentes, a maioria dos entrevistados enfatizou o grande risco de isso acontecer e assim, favorecer a exposição aos outros. A fala a seguir explicita isso.

Depois que se fuma uma vez é muito difícil não querer fumar de novo. No início tu pode até pensar que não dá nada mas aos poucos fica cada vez mais difícil de controlar e tu vai querer

fumar mais e mais. O crack te faz perder a noção, a fissura que dá é muito grande e numa dessas as pessoas fazem qualquer coisa pra conseguir a droga, começam a roubar, se prostituir, não se cuidam mais, só pensam na pedra. (Janete, 46 anos)

Os riscos relacionados à violência são explicados principalmente pela necessidade de conseguir o dinheiro para a compra da droga. Muitos entrevistados relataram envolvimento com roubos e com o tráfico para a manutenção do uso. Três deles já estiveram presos em função disso e praticamente todos relataram a vivência de situações de violência ou de risco que aconteceram. A prostituição é percebida por alguns entrevistados, homens e mulheres, como uma forma de obter dinheiro e minimizar os riscos das práticas de crimes como roubos, assaltos e o tráfico. Entendida como uma prática própria das mulheres, a prostituição é vista como uma possibilidade de evitar a exposição aos riscos da criminalidade. Esse tipo de percepção fica bastante evidente na fala de Valter ao contar que,

Eu acho que pra mulher fica mais fácil de manter o vício porque a mulher pode se prostitui. Se não tem dinheiro é só fazer uns contatos que volta com a grana. Já o homem não, o homem é mais fácil de cair na chinelagem, de começar a roubar, de virar marginal. (Wilson, 33 anos)

Esse tipo de percepção da prostituição não representa um consenso entre os entrevistados e diz respeito a um universo bastante restrito, o que impede qualquer generalização. No entanto, é uma questão interessante a ser destacada e suscita a necessidade do diálogo com estudos sobre o tema³⁶.

Enquanto as percepções do risco de violência exprimem uma ligação maior com as relações sociais estabelecidas no contexto macrossocial, os riscos situados no eixo da saúde são percebidos principalmente no âmbito da corporalidade. Nesse prisma, o uso de crack representa riscos à saúde relacionados diretamente ao corpo das pessoas usuárias como, por exemplo, o risco de *pegar doenças*.

³⁶ Sobre essa questão ver NAPPO (2004) e Silva (2000). Os dados apresentados nestes dois estudos demonstram que, diferentes das mulheres que tem a prostituição como um trabalho para sobrevivência, as usuárias de crack que se prostituem para a compra da droga, ou em troca desta, estão mais vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis em função da diminuição de poder de negociação do uso do preservativo.

O risco de *pegar doenças* como hepatite foi bastante citado pelos entrevistados, o que sinaliza a incorporação de informações obtidas através do contato com os redutores de danos que orientam sobre os riscos dessa doença por meio da prática de compartilhar cachimbos. Ser contaminado pela leptospirose, ou *doença dos ratos*, como falam alguns, também foi um dos riscos identificados pelos usuários, ao se referirem ao uso de latas encontradas nas ruas e utilizadas para fumar crack. A fala de um dos entrevistados demonstra a percepção desses riscos.

Eu uso sempre o meu cachimbo, eu me cuido. Eu acho que fumar na lata é o fim da linha, é a decadência total. Tem gente aí que não se cuida, que usa até lata encontrada no lixo pra fumar. Podem até pegar até a *doença do rato* porque imagina a quantidade de sujeira, e de ratos que podem passado por ali e isso transmite um monte de doenças. (Wilson, 33 anos)

Além desta doença, o uso da lata em detrimento do cachimbo é entendido também como um risco de ocasionar doenças pulmonares por causa da absorção do alumínio da lata. A identificação desse risco também está relacionada às orientações recebidas pelos redutores de danos que trabalham na comunidade, como se pode observar na fala a seguir.

Tem gente que prefere fumar na lata porque dá pra raspar o que fica no fundo da lata quando acaba e usar pra fumar de novo. Mas imagina o que saí de alumínio quando ela é raspada? Isso aí vai tudo pro teu pulmão prejudicando o teu organismo. Acho que todo mundo que fuma já fumou em lata alguma vez e nem sabia que era perigoso, mas hoje em dia já tem um monte de informação sobre as doenças que isso pode te trazer. (Ricardo, 45 anos)

Percebe-se também uma avaliação moral em relação às pessoas que fumam na lata, citada na fala do entrevistado que referiu este tipo de prática como sinônimo de *decadência total*. Desta forma, a utilização da lata representa não apenas riscos físicos, mas também morais.

Outras *doenças do pulmão* como a tuberculose também foram citadas entre os riscos a que estão sujeitos os usuários. Diferentemente da hepatite e da leptospirose, relacionadas a riscos identificados nas próprias práticas de uso, as *doenças do pulmão* decorrem do risco trazido pela debilitação física que o consumo do crack pode gerar. Essa debilitação é entendida como um

estado de *fraqueza* que é desencadeada por fatores como o emagrecimento, as poucas horas de sono e a falta de cuidados com a higiene e a saúde. Muitos casos de pessoas conhecidas que têm tuberculose foram relatados durante as entrevistas e mesmo não representando uma doença específica dos usuários de crack, estes foram percebidos como mais expostos por ficarem *mais fracos* e, assim, com mais riscos de *pegar a doença*.

Mesmo assumindo interpretações e significados diferentes, os riscos percebidos pelos usuários se aproximam bastante dos riscos sinalizados no discurso médico. De alguma forma, todos os entrevistados demonstraram reconhecer os principais riscos associados ao uso de crack e ter conhecimento sobre os cuidados necessários para preveni-los. Todavia, a objetivação desses cuidados não depende apenas do conhecimento dos fatores de risco, mas das formas de se relacionar com eles, questão que será discutida a seguir.

5.1.1. Estratégias adotadas frente aos riscos

Sem dúvidas a informação tem papel fundamental na adoção de cuidados e práticas de prevenção; porém, o fato de estar informado não significa necessariamente que os riscos sejam evitados. Muitos estudos já destacaram o hiato entre políticas de saúde baseadas em informações e as práticas cotidianas das pessoas informadas. Neves (2004) traz contribuições interessantes para pensar essa questão ao afirmar que,

existe um descompasso entre a avaliação técnica de risco e suas indicações de intervenção e a avaliação profana dos acontecimentos e dos níveis de 'aceitabilidade' dessa intervenção. Esse é um elemento de discordância com o qual a noção de risco tem que lidar no âmbito instrumental – de práticas de prevenção e precaução -, pois as margens desejáveis de segurança propostas pelos técnicos não representam a ordem da 'aceitabilidade social'. A aceitabilidade pelos limites de segurança, por exemplo, sai do âmbito da especialização para assumir as premissas da dimensão da vida cotidiana. (Neves, 2004, p.74)

Na dimensão da vida cotidiana, o conhecimento “técnico” ou científico é reelaborado, reinterpretado e, muitas vezes, minimizado em relação a outros

riscos. Desta forma, compreende-se que não é apenas o *saber* que gera o *fazer*, como demonstra a fala da entrevistada a seguir.

Eu sempre preferi fumar na lata. Sei que tem a história que o cachimbo é melhor porque ele evita algumas doenças e tal, mas a lata ainda é melhor. Sei lá, parece que o barato é melhor e se tu ta na fissura ainda dá pra raspar e fumar. (Jeni, 22 anos)

O relato de Jeni evidencia a relativização dos riscos informados diante da possibilidade de um *barato melhor* e de utilizar a raspa deixada na lata. Assim como ela, muitos entrevistados relataram práticas ou situações em que os riscos foram relativizados frente aos *benefícios* da exposição. Nessa lógica, além de representar perigos, o risco assume também significados positivos. Sem dúvidas, as percepções de risco manifestadas pelos entrevistados denotam uma estreita ligação com a concepção da negatividade do risco, ou seja, seu entendimento como probabilidade de ocorrência de eventos negativos. É fundamental ressaltar a ambivalência de significados do risco nas práticas de uso de drogas.

Como afirma Mesquita (1992), é impossível abstrair o fato de que a droga traz prazer. Desta forma, enfrentar os riscos ligados a ela acaba por representar a mediação à qual o sujeito se submete e desafia na busca do retorno satisfatório obtido com o uso. Pensar no risco como algo inerente ao uso de drogas não quer dizer que as situações de risco sejam necessariamente aceitas como intrínsecas ao uso. Ao mesmo tempo em que alguns riscos são relativizados em função dos retornos positivos e do prazer proporcionado pela droga, a grande maioria dos entrevistados enunciou estratégias para enfrentá-los. Em alguns momentos essas estratégias podem ser referir a um distanciamento temporário dos riscos, a *dar um tempo*, como falam alguns entrevistados, para situações que são percebidas como ultrapassando o limite de aceitabilidade do risco. Este afastamento temporário é tido como uma forma de reduzir os riscos. A fala de Janete expressa tal idéia.

(...) de uma hora pra outra eu perdi uns 14 kg. Nossa... nem eu me reconhecia, eu tava me acabando! Foi aí que eu vi que precisava dar um tempo! (Janete, 46 anos)

A estratégia *de dar um tempo* foi a forma encontrada por Janete naquele momento para enfrentar os riscos de emagrecer mais e estar *acabando* com sua saúde. Embora a duração desse tempo seja bastante flexível e dependa de cada sujeito, em cada situação, em geral representa o espaço de tempo necessário para que, na sua concepção, as expressões dos riscos tornem-se menos visíveis e menores.³⁷

Em outros momentos, o enfrentamento dos riscos não se dá pelo afastamento, mas por uma avaliação hierarquizada dos riscos. A partir dela, são priorizadas as vivências cujo grau de exposição a riscos seja menor ou aquelas com os menores riscos. Falas, como a do entrevistado a seguir, evidenciam essa hierquização:

Eu cheguei a fumar uma média de 14 pedras por dia, chegava de noite tremendo. Não quero mais isso pra mim! É claro que parar, parar eu não parei...eu fumo todos os dias, mas é uma pedra só e misturada no baseado que é o meu remedinho! (Wilson, 33 anos)

Vilson procura minimizar os riscos percebidos no uso de crack através de uma menor exposição, ou seja, de um menor consumo da droga. Além disso, a maconha que é entendida como seu *remedinho* e representada como uma droga com poucos ou menores riscos, é associada à forma de lidar melhor com os efeitos produzidos pelo crack. É importante destacar que grande parte dos entrevistados citou o uso de maconha como algo bastante positivo em relação ao uso de crack. A maconha foi muitas vezes referida como uma espécie de antídoto atenuante de riscos e danos causados pelo crack, como o emagrecimento e a *fissura*.

Outra estratégia balizada pela noção de hierarquia dos riscos apontada pelos entrevistados é a utilização do cachimbo em detrimento do uso de latas para fumar. Ainda que essa não seja uma estratégia partilhada por todos, a grande maioria relatou a preferência pelo cachimbo, sendo a preocupação com questões de saúde um dos principais motivos.

Na lógica de classificação hierarquizada dos riscos,

³⁷ Grégis (2002), ao analisar práticas de redução de danos num universo de uso de drogas injetáveis também pontua as estratégias de *“dar um tempo”* como um dos cuidados adotados frente a situações de risco para a saúde.

a ordem de prioridades é, ao mesmo tempo, singular, pois evidencia o que pode afetar (ou já afetou) este indivíduo e também grupal (riscos já vividos ou identificados como potenciais). Isso também revela um quadro de relevâncias destes usuários que valoriza determinados riscos em relação a outros. (Deslandes et al. 2002, p.146).

Assim, pode-se perceber que, tanto quanto a concepção de risco, a lógica da classificação hierárquica se constrói socialmente, em meio às redes de sociabilidades em que o sujeito está inserido.

5.2. A vulnerabilidade das pessoas usuárias de crack

O conceito de vulnerabilidade emerge no campo da saúde no contexto da epidemia de Aids e amplia o debate focado na dimensão individual do risco, agregando elementos históricos, econômicos, sociais e culturais para o entendimento da epidemia. Ao incorporar essa dimensão social, a vulnerabilidade permite pensar o risco de contaminação pelo HIV para além do espaço das práticas e comportamentos individuais, compreendendo-as em relação ao contexto em que estão inseridas. Nesse sentido, a vulnerabilidade diz respeito a um conjunto de aspectos - individuais, sociais e institucionais - que determinam e/ou aumentam o risco.

A difusão mais ampla do conceito deu-se a partir da Escola de Saúde Pública de Harvard, através da divulgação de um diagnóstico das tendências mundiais da epidemia e de sua aproximação com a discussão dos Direitos Humanos. A relevância desse entendimento é definida por Ayres (1999).

a conceituação de vulnerabilidade ao HIV/aids expressa o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividade à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de cada situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais, pragmáticos e individuais que os põe em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.

Desde então, a noção de vulnerabilidade tem sido revisitada, reavaliada e traz contribuições em diferentes áreas temáticas além da aids. Na

problemática do crack, esta noção possibilita um redirecionamento do olhar, que se distancia dos riscos percebidos nas práticas de uso em si, percebendo-os na relação com o contexto e às trajetórias dos usuários. Nesse sentido, o conceito de vulnerabilidade imprime a necessidade de problematizar questões como, por exemplo: que contextos favorecem uma maior exposição aos riscos do crack? Que situações estão relacionadas a isso? Que momentos representam maior vulnerabilidade?

Na análise das trajetórias de uso de crack, a constituição de vulnerabilidades foi observada principalmente em duas esferas: uma relacionada a questões sociais, como situações de moradia, trabalho, desemprego; e, outra, relacionada a fases de vida ou momentos de união, separações, etc.

Na esfera das questões sociais, a vulnerabilidade dos usuários de crack entrevistados reflete um conjunto de fatores que se desdobram em vulnerabilidade social também para outras pessoas no contexto do local. De modo geral, os entrevistados partilham com suas redes de relações um cotidiano marcado pela precariedade das condições de habitação, trabalho, saúde, e por uma proximidade direta com problemas relacionados à violência e ao tráfico. Esses fatores incidem sobre a vida de todos os moradores dos bairros pesquisados, mas para aqueles que fazem uso do crack assumem proporções diferentes.

O envolvimento com o tráfico não é uma questão específica destes usuários, sendo concebido como uma das principais fontes de renda por diversas pessoas. No entanto, a necessidade de manter o uso faz com estes usuários estejam mais suscetíveis ao envolvimento nestas práticas e demonstrem maior exposição aos riscos da violência presente na relação com outros traficantes, usuários e também com a polícia. Durante a realização da pesquisa muitas situações de violência deste tipo foram relatadas, algumas ocorridas com os próprios entrevistados, outras com conhecidos da comunidade. Chamou a atenção também o grande número de mortes por violência. Em alguns períodos do trabalho de campo era relatado um caso novo praticamente a cada semana. De todos os casos que tive conhecimento, somente um não tinha ligação com o tráfico, a morte de uma mulher após uma

briga num baile. Em todos os outros, havia uma relação mais ou menos direta com a questão do tráfico; e entre estes, todos eram homens.

A observação destas situações corrobora alguns dados da literatura sobre a vulnerabilidade de usuários de crack a situações de violência. O artigo *Causa mortis em usuários de crack*, publicado pela Revista Brasileira de Psiquiatria, em setembro de 2006, traz os resultados de uma pesquisa em que se observou os padrões de mortalidade e a causa de morte de 131 usuários de crack acompanhados durante um período de cinco anos. O estudo sugere que os usuários de crack têm maior risco de morte do que a população geral, sendo os homicídios e a AIDS as causas mais observadas.

O conceito de vulnerabilidade contribui para problematizar esta questão e compreender a morte não como um “destino” das pessoas que utilizam crack, como muitas vezes a mídia apresenta. Trata-se de uma relação indireta, mediada por vivências em cotidianos de marginalização, ilegalidade e violência. Nesse sentido, não é o uso do crack que representa um risco de morte acentuado entre o universo de pessoas usuárias, mas as situações de vulnerabilidade e violência, que são agravadas pelo crack.

Outro fator relacionado ao contexto de produção da vulnerabilidade dos usuários de crack é a questão do trabalho. O trabalho aparece como uma questão central para todos os entrevistados e os momentos de desemprego são referidos por estes como períodos em que há uma maior probabilidade de intensificação do uso. Observa-se um número bastante expressivo de entrevistados desempregados – praticamente a metade – e como para eles a preocupação em manter o trabalho é um dos motivos para se manter afastado do crack, sem trabalho ocorre a perda dessa motivação. Assim, com a manutenção do uso, há também uma dificuldade maior de se reinserir no mercado de trabalho.

Além destas questões ligadas ao contexto mais amplo da vida dos entrevistados, a família aparece como valor central e os momentos de união/separação constituem eixos fundamentais na constituição da vulnerabilidade do uso de crack. É importante destacar que no universo de entrevistados somente três pessoas estão casadas, enquanto que os demais estão separados ou são viúvos. Entre os casados a preservação do relacionamento com o parceiro representa um fator muito importante para o

controle ou abandono do uso. O momento da união também aparece como um dos momentos em que mais se procuram recursos e alternativas de ajuda para os problemas com o crack. Desta forma, percebe-se nas trajetórias dos entrevistados que as fases em que se encontram sem união demarcam períodos de maior vulnerabilidade.

Por fim, é importante ressaltar que os momentos ou as situações de maior risco dos usuários de crack são estreitamente relacionadas a um contexto de vulnerabilidade institucional, que os potencializa em função da falta ou precariedade de políticas públicas e serviços de saúde voltados ao atendimento de suas demandas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O direcionamento do olhar para as trajetórias dos usuários de crack possibilitou não apenas a compreensão de suas trajetórias e práticas de uso, mas também a reflexão da problemática pontuada no início da pesquisa: o fenômeno do crack no contexto das políticas de saúde. É pensando essa interface que resgato algumas questões levantadas ao longo da dissertação.

No primeiro capítulo foram apresentados dados a respeito da dimensão tomada pelo consumo do crack e sua constituição enquanto problemática no campo das políticas de saúde. A hipótese de um *hiato* entre os usuários de crack e políticas de saúde levantada num primeiro momento manteve-se no decorrer da pesquisa. A tradicional focalização destas políticas nas práticas de uso pode ser percebida como um dos fatores da manutenção deste *hiato*, visto que elas estão relacionadas ao contexto mais amplo em que estão inseridas, pressupondo a consideração desta dimensão.

No desenvolvimento do segundo e terceiro capítulos buscou-se evidenciar as possibilidades do enfoque nas trajetórias dos usuários para a construção de reflexões sobre a problemática do crack. Na análise das trajetórias de uso dos entrevistados destacam-se elementos bastante relevantes para pensar a questão como: a proximidade com um contexto em que o uso de drogas é uma prática bastante comum e partilhada com pessoas de suas redes de relacionamentos, além da presença de trajetória de uso de outras drogas. Isso não quer dizer que o uso do crack é uma prática decorrente do uso de outras drogas, mas que a existência destas outras experiências em um contexto em que o consumo de drogas é uma questão próxima dos sujeitos, acaba por favorecer esta prática.

Tanto na constituição das trajetórias de uso, quanto de suas descontinuidades, observaram-se a centralidade da família e do trabalho. A família, ao lado da religião e dos serviços de saúde, é apontada no quarto capítulo como um recurso fundamental na busca por mudanças das situações problemáticas causadas pelo crack.

Através das problematizações apresentadas neste capítulo é possível perceber algumas limitações da concepção de mudança entendida unicamente pela via da abstinência do uso. Ainda que esta seja a intencionalidade demonstrada pela maioria dos entrevistados, a descontinuidade do uso pode ser observada não apenas nos momentos de abstinência, mas também em alterações positivas da situação de uso, como diminuição da frequência, associação de cuidados com horários de uso, sono e alimentação, entre outros.

O uso “controlado” e a abstinência do uso foram considerados difíceis, muitas vezes reiterando o discurso hegemônico sobre o crack, mas mesmo assim todos os entrevistados apresentaram algum tipo de atitude ou prática para lidar com isso e evitar prejuízos à saúde. Assim, além dos cuidados enfatizados pelos redutores de danos, os usuários demonstraram suas próprias formas de lidar com os danos e riscos do crack. Dentre elas, as principais estratégias e/ou cuidados adotados foram:

- “dar um tempo”, parando de usar por alguns períodos;
- alternar dias de uso com dias sem usar para evitar o “enfraquecimento” do corpo;
- o aumento da quantidade de alimentação na primeira refeição do dia, já que depois de fumar há perda do apetite e dificuldade de conseguir se alimentar;
- a associação do crack com drogas “mais leves” como a maconha, fumada junto com o crack (pitico) ou após o uso, visando a diminuição da *fissura* e o retorno do sono e do apetite;

Essas práticas ajudam a compreender as estratégias de saúde do ponto de vista dos usuários, retirando a centralidade da abstinência que é tradicionalmente buscada para a promoção de saúde e demonstrando outras vias possíveis ao enfrentamento da questão. Da mesma forma, possibilitam o entendimento de como os riscos do uso são percebidos, relativizados e agenciados nos cotidianos dessas pessoas.

Outra constatação a ser feita diz respeito aos mais recentes dados publicizados midiaticamente, apresentando o crack como problemática nos mais variados contextos e atinge pessoas com alta escolaridade e nível socioeconômico, desconstruindo assim, a idéia inicial do crack como um problema apenas de jovens pobres de periferias urbanas. Porém, é justamente

a descrição inicial do usuário de crack - pertencente a grupos populares, em situação de pobreza e com baixo nível de escolaridade - que representa as pessoas com maior vulnerabilidade diante da problemática. Assim, torna-se evidente a necessidade de pensar as políticas públicas destinadas aos usuários de crack, levando em consideração as particularidades destes segmentos e a ligação de suas vulnerabilidades com um contexto maior, o qual é marcado pelas diferentes formas de exclusão social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, J. R. C. M. et al. (1999). "Vulnerabilidade e prevenção em tempo de Aids." In BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (orgs.) *Sexualidades pelo avesso – Direitos, Identidades e Poder*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

AZEVEDO, Renata C., BOTEGA, N. e GUIMARAES, Liliana A. (2007). *Usuários de crack, comportamento sexual e risco de infecção pelo HIV*. Revista Brasileira de Psiquiatria, vol.29, no.1. Disponível em: <http://rbp.incubadora.fapesp.br/portal/edicoes-anteriores/2007/rev-bras-psiquiatr-vol29-no1-sao-paulo-mar-2007> Acesso em: 14 Nov. 2007.

BECKER, Howard S. (2008). *Outsiders: Estudos de Sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar.

BOURDIEU, Pierre. (2007). *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 8ª edição. Campinas: Papyrus.

_____ (1996). "A ilusão biográfica", in: Ferreira, Marieta de Moraes e Amado, Janaína (coord.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro, Editora da Fundação Getulio Vargas, p.183-191.

BRUNER, E. "Ethnography as narrative." In: TURNER, V.; BRUNER, E. (Eds.). *The anthropology of experience*. Chicago: Illinois University Press, 1986. p. 139-155.

BUCHER, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre; Artes Médicas Editora.

BRASIL. (2001a). Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Manual de redução de danos/ Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids*. Brasília.

_____ (2001b). Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. *A contribuição dos estudos multicêntricos frente à epidemia de hiv/aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasília.

_____ (2004). Ministério da Saúde. *Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília.

CARLINI, E.A., et al. (2005). *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 108 Maiores Cidades do País – 2005*. São Paulo.

CARVALHO, Isabel Cristina M. (2003). *Biografia, identidade e narrativa: elementos para uma análise hermenêutica*. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 9, n.19, p.283-302, julho de 2003.

CASTRO, Viveiros de. (2002). O nativo relativo. Rio de Janeiro, v. 8, n. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/mana/v8n1/9643.pdf> Acesso em: 17 Jun. 2008.

CRUZ, Marcelo S. (2009). *Esquemas Terapêuticos para o crack. Sua aplicação na prática da assistência pública*. Trabalho apresentado no I Fórum Internacional. Crack: últimos 20 anos. São Paulo. Disponível em: <http://www.unifesp.br/eventos/forumcrack/>

CSORDAS, Thomas J. (2008). *Corpo, Significado, Cura*. Porto Alegre: Editora da UFRGS.

DESLANDES, Suely F. et al . (2002). *As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, fev. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 11 dez. 2008.

DOMANICO, Andréa. (2006). *“Craqueiros e Cracados: Bem Vindo ao Mundo dos Nóias!” – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil*. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFBA, Salvador.

DOUGLAS, Mary. (1976). *Pureza e Perigo*. São Paulo: Editora Perspectiva.

_____ (1992). *Risk and blame. Essays in cultural theory*. Londres e Nova Iorque: Routledge.

DUALIBI, Lígia Bonacim; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. *Profile of cocaine and crack users in Brazil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007&lng=&nrm=iso. Acesso em: 23 Out. 2008.

DUARTE, Luiz Fernando D. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro, Zahar.

_____ (2003). *Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença*. Ciência e Saúde Coletiva, vol.8, nº.1, 173-183.

ECKERT, Cornelia. (1998) “Questões em torno do uso de relatos e narrativas biográficas na experiência etnográfica”. In: *Revista Humanas*, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Porto Alegre, nº 19.

ESCOHOTADO, Antônio. (1995). *Historia de Las Drogas*. 3 volumes. 3ª ed. Madri: Alianza Editorial.

FERREIRA, Pedro Eugênio M; MARTINI, Rodrigo K. *Cocaine: myths, history and abuse*. Revista Brasileira Psiquiatria, São Paulo, v. 23, n. 2, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462001000200008&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 18 Mar 2008.

FERRI, C.P. et al. (1997). Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo: nos anos de 1990 a 1993. Rev. Assoc. Med. Bras. v. 43, n. 1, pp. 25-28.

FIGLIARELLI, Maurício. (2004). *Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre o uso de “drogas”*. Caxambu. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/tmau1.pdf> Acesso em: 24 Set. 2007.

GALVÃO, Jane. (2000). *AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia*. São Paulo: Editora 34.

GOFFMAN, Erving. (1988). *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC.

GREGIS, Cristiano. (2002). *Fissura da rua – corpo e ritual de uso de droga injetável entre meninos de rua*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, IFCH, UFRGS, Porto Alegre.

KNAUTH, Daniela et al. (2006). As trajetórias afetivo-sexuais: encontros, uniões e separações. In: HEILBORN, Maria Luisa et al. O aprendizado da sexualidade: um estudo sobre reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond.

KNAUTH, Daniela R.; PICCOLO, Fernanda D. (2002). *Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos*. Revista Horizontes Antropológicos vol.8 nº. 17, Porto Alegre.

KNAUTH, Daniela Riva. (1991). *Os caminhos da cura: Sistemas de representações sociais sobre a doença em uma vila de classes populares*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós -Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

_____. (1996). *Uma Doença dos Outros: A construção da identidade entre mulheres portadoras do vírus da AIDS*. Corpus – Cadernos do NUPACS, Núcleo de Pesquisa em /antropologia do Corpo e da Saúde. PPAS/ UFRGS.

LE BRETON, David. (1991) *Passions du risque*. Paris. Ed. Métailié.

LÉVI-STRAUSS, Claude. (1989). *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro.

MACRAE, Edward. (1994). "A abordagem etnográfica do uso de drogas." In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. *Drogas e Aids estratégias de redução de danos*. São Paulo: Ed. Hucitec.

_____ (2004). *Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos*. In: *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Tavares, L., Almeida, A. B. MacRAe, E., Ferreira, O. et al (orgs.), Salvador, EDUFBA;CEETAD/UFBA.

MACRAE, Edward; VIDAL, Sergio Souza. (2008). *A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social: dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas*. Revista de Antropologia. São Paulo, v. 49, n. 2, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000200005&lng=pt&nrm=iso . Acesso em: 30 Jan. 2008.

MAUSS, Marcel. (1974). "As Técnicas Corporais." In: *Sociologia e Antropologia*, v. 2. São Paulo: EPU/EDUSP.

_____ (1974). "Uma categoria do espírito humano: a noção de pessoa, a noção do 'eu'." In: *Sociologia e Antropologia*, v. 1 São Paulo: EPU/EDUSP.

MENDONÇA FILHO, Frederico. (2008). *O Usuário e a Nova Lei de Drogas: apontamentos preliminares para pesquisa*. Trabalho apresentado na 26ª. Reunião Brasileira de Antropologia, Porto Seguro.

MERLEAU-PONTY, M. (1971). *A Fenomenologia da Percepção*. Rio de Janeiro: Ed. Livraria Freitas Bastos.

MESQUITA, Fábio. (1992). *Drogas injetáveis e Aids*. In V Paiva (org.). *Em tempos de Aids*. Summus, São Paulo.

_____ (2007). *Política pública de drogas. A construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil*. Disponível em: <http://www.reduc.org.br/pages.php?recid=8> Acesso em: 21 Nov. 2007.

MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. (1994) *Drogas e Aids estratégias de redução de danos*. São Paulo: Ed. Hucitec.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (1999). *O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde*, 6ª ed., São Paulo: Hucitec/Abrasco.

MISKOLCI, Richard. (2007). *Pânicos morais e controle social: reflexões sobre o casamento gay*. Cadernos Pagu, Campinas, n. 28, June 2007 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo> Acesso em: 11 Jan. 2009.

NAPPO S. A.; Galduróz J. C.; Noto A. R. (1994). *Uso do "crack" em São Paulo: fenômeno emergente?* Rev. Associação Brasileira de Psiquiatria -APAL; v. 16, nº 2, p. 75-83.

NAPPO, S. A. (2004). *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS*. São Paulo: CEBRID.

NEVES, Ednalva Maciel. (2004), *Sobre a alquimia moderna: cultura e racionalidade do risco entre epidemiologistas*. Tese de doutorado, Porto Alegre, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

OLIVEIRA, Lúcio G; NAPPO, Solange A. (2008). *Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso*. Rev. de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 35, n. 6, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000600002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 10 jan. 2009.

OLIVEIRA, Lúcio G. (2009). *Crack: atualidades nos anos 2000*. Trabalho apresentado no I Fórum Internacional. Crack: últimos 20 anos. São Paulo. Disponível em: <http://www.unifesp.br/eventos/forumcrack/>

PAULILO, Maria A.; JEOLÁS Leila (2005). *Aids, drogas, riscos e significados: uma construção sociocultural*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol. 10 nº 10. Jan/Mar. 2005. Rio de Janeiro.

_____ (2000). *Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas*. Rev. Serviço Social em Revista. Volume 3, nº 1. Jul/Dez 2000. Universidade Estadual de Londrina.

PICCOLO, Fernanda D. (2001). *"Se deixar a droga levar..." Um estudo sobre as trajetórias sociais de usuários de drogas injetáveis em uma vila de Porto Alegre*. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, IFCH, UFRGS, Porto Alegre.

RICOUER, Paul. (1994). *Tempo e narrativa* (tomo I). São Paulo: Papirus.

SANCHEZ, Zila; NAPPO, Solange A. (2002) *Seqüência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes*. Rev. Saúde Pública v. 36, nº 4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4/11760.pdf>. Acesso em: 01 Dez. 2008.

SETTON, Maria da Graça J. (2002) *A Teoria do Habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea*. Revista Brasileira de Educação nº 20. ANPED, São Paulo.

SILVA, Selma L. (2000). *Mulheres da Luz: uma etnografia dos usos e preservação no uso do "crack"*. São Paulo: Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

UCHÔA, Marco A. (1996). *Crack: o caminho das pedras*. São Paulo, Ed. Ática.

UNODC (2008), *World drug report*. United Nations Office on Drugs and Crime. Wiedeń.

VARGAS, Eduardo Viana. *Uso de drogas: a alteração como evento*. Revista de Antropologia, São Paulo, v. 49, n. 2, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000200003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 30 Jan. 2008.

VELHO, Gilberto. (1994). *Projeto e metamorfose. Antropologia das Sociedades Complexas*. Rio de Janeiro: Zahar.

_____ (1994) “A dimensão cultural e política dos mundos das drogas.” In: ZALUAR, Alba (org.). *Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Brasiliense, p. 23 – 29.

_____ (1998). *Nobres & Anjos: um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas.

VÍCTORA, Ceres; KNAUTH Daniela. (1999) “Trajetórias e vulnerabilidade masculina.” In: *Revista Antropológica* N° 6, p. 23-35. Rio de Janeiro: Ed. UFF.

VICTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. *O nativo relativo*. Mana, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-93132002000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 19 Mar 2008.

SITES UTILIZADOS

ABORDA – Associação Brasileira de Redutoras e Redutores de Danos. <http://www.abordabrasil.org/>

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/>

NEIP - Núcleo de estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos: <http://www.neip.info/>

PROGRAMA NACIONAL DE AIDS: <http://www.aids.gov.br>

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. Observatório Brasileiro de Informação sobre Drogas. <http://www.obid.senad.gov.br>

REDUC - Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos.
<http://www.reduc.org.br/>

ANEXOS

1. Roteiro das entrevistas.
2. Quadro dos entrevistados.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Trajetória pessoal

(Buscar conhecer um pouco da história da pessoa, seu modo de vida, suas relações familiares e afetivas, seu trabalho, suas preocupações...)

Nome: _____ Idade: _____
Endereço: _____ Tempo de residência: _____
Com quem reside: _____
Origem étnica: _____ Escolaridade: _____
Profissão: _____ Religião: _____

2. Trajetória de uso de crack

- De que forma conheceu o crack, contexto da primeira experiência, idade.
- Crack em relação às outras 'drogas'
- Regularidade/ frequência do uso. Como é inserido no cotidiano?
- Redes envolvidas.
- Locais de uso. Prática individual ou em grupo?
- Instrumentos utilizados para consumo (cachimbo, lata, etc.)
- Uso de crack e/ou outros psicoativos por outras pessoas da família?

3. Percepções sobre o uso

Por que usar? O que busca (ou buscava) com e no uso?

O que sente quando usa? Como o crack é absorvido pelo corpo? Quais as diferenças em relação a outras substâncias?

O que faz com que o uso seja repetido? Pode ser controlado?

O uso produz efeitos em longo prazo? Quais? Percebe alguma mudança no próprio corpo?

O uso do crack interfere nas suas relações com família, amigos, trabalho?

4. Homens e Mulheres

O fato de ser homem ou mulher modifica a situação da pessoa que utiliza crack?

Cenas de uso. Há lugares onde se percebe mais homens/mulheres?

5. Riscos

Percebe riscos no uso? Quais?

Existem práticas 'mais arriscadas' e 'menos arriscadas' de uso? Que pessoas enfrentam maiores riscos?

Pratica algum cuidado?

Relaciona algum tipo de doença ao uso? Qual?

Já vivenciou situações de violência relacionada ao uso ou ao fato de ser usuário de crack e/ou outros psicoativos?

6. Saúde e itinerários terapêuticos

Já desejou e/ou parou de usar o crack e/ou outras substâncias? Quando? Por quê?

O que fez? Que recursos utilizou?

Existem alternativas para lidar com esse problema? Quais?

Utiliza algum serviço de saúde? Em que circunstâncias?

Realiza algum tratamento médico? Faz uso de medicação?

Já buscou algum serviço de saúde por causa do crack ou outros psicoativos?

Como considera sua saúde? O que é preciso para ser saudável?

Já fez teste para HIV? Quando? Por quê?