

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS E DA SAÚDE
MESTRADO EM ATENÇÃO À SAÚDE

Jayla Siqueira Pinto Martins

**EXPERIÊNCIAS DO CONSUMO, DEPENDÊNCIA E TRATAMENTO NA
PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DE CRACK: “BEIJOU A LATA, ACABOU!”**

Goiânia

2021

Jayla Siqueira Pinto Martins

**EXPERIÊNCIAS DO CONSUMO, DEPENDÊNCIA E TRATAMENTO NA
PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DE CRACK: “BEIJOU A LATA, ACABOU!”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde - nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro.

Goiânia

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Sistema de Biblioteca da PUC Goiás

M386e Martins, Jayla Siqueira Pinto
Experiências do consumo, dependência e tratamento na perspectiva de usuários de crack: "beijou a lata, acabou!" / Jayla Siqueira Pinto Martins.-- 2021.
75 f.: il.

Texto em português, com resumo em inglês
Dissertação (mestrado) -- Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Escola de Ciências Sociais e da Saúde, Goiânia, 2021
Inclui referências: f. 61-66

1. Drogas. 2. Cocaína. 3. Crack (Droga). 4. Viciados em drogas. 5. Abuso de substâncias - Instalações de tratamento. 6. Drogas - Abuso - Aspectos sociais.
I.Ribeiro, Maysa Ferreira Martins. II.Pontifícia Universidade Católica de Goiás - Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde - 2021. III. Título.

CDU: Ed. 2007 -- 615.099(043)

Jayla Siqueira Pinto Martins

**EXPERIÊNCIAS DO CONSUMO, DEPENDÊNCIA E TRATAMENTO NA
PERSPECTIVA DE USUÁRIOS DE CRACK: “BEIJOU A LATA, ACABOU!”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, para obtenção do título de Mestre em Atenção à Saúde.

Aprovada em 15 de janeiro de 2021.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a. Maysa Ferreira Martins Ribeiro
Presidente da Banca e Orientadora – PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a. Vanessa da Silva Carvalho Vila
Membro convidado Interno – PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a. Camila Cardoso Caixeta
Membro convidado externo – UFG

Prof.^a Dr.^a. Adrielle Cristina Silva Souza
Membro Suplente – PUC Goiás

Prof.^a Dr.^a. Heliny Carneiro Cunha Neves
Membro Suplente – UFG

DEDICATÓRIA

Dedico este estudo ao meu esposo, o meu maior incentivador. Ele que sempre acreditou em meu potencial e me impulsionou. Mesmo diante de dificuldades inimagináveis que a vida nos impôs, continuamente me apoiou e não permitiu que o sonho de realizar o mestrado fosse adiado. Dedico essa enorme vitória ao amor da minha vida, Wesley Martins da Silva.

RESUMO

MARTINS, J.S.P. **Experiências do consumo, dependência e tratamento de usuários de crack: “beijou a lata, acabou!”**. 2021. 75p. Dissertação. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Atenção à Saúde - nível Mestrado, da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, qualitativo que utilizou o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. O objetivo foi compreender os principais aspectos relacionados ao consumo do crack, dependência, busca e abandono do tratamento na perspectiva dos usuários de crack em um CAPS ADIII. Participaram do estudo treze usuários de crack que procuraram, espontaneamente, tratamento em um CAPS AD III. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas na própria unidade. O processo sistematizado de análise dos dados permitiu construir sete categorias: 1) Descrevendo as experiências do início do uso do crack; 2) “Beijou a lata acabou!”: o poder da droga; 3) O uso do crack e a fragilidade familiar; 4) O crack acompanhado por outras drogas; 5) Percebendo os efeitos e consequências gerados pelo abuso do crack; 6) Associando o poder do vício ao demônio e agarrando-se a fé para se libertar; 7) A busca e o abandono do tratamento no CAPS AD. O uso do crack, as consequências e a busca por tratamento é um processo condicional/consequencial Evidenciando que o fenômeno do abuso do crack vem emaranhado com os problemas sociais, contexto de vida e com a criminalidade. Não há uma sequência de início, meio e fim, em que o primeiro contato com o crack é o início e o tratamento o fim, há sim uma relação e interação entre todas as situações. Em muitos relatos o início do consumo foi impulsionado pelo convívio com as cenas de uso do crack, ou pela disfunção familiar. O cuidado da dependência é desafiador e complexo, isto porque trata-se de uma substância de fácil acesso, que causa dependência rápida e intensa. As consequências relacionadas à dependência, tais como a degradação pessoal, a frágil estrutura familiar, o isolamento social, a discriminação, o preconceito e o envolvimento com a criminalidade, evidenciam o quão importante é prevenir o consumo e cuidar dos dependentes. Dentre as barreiras apontadas pelos participantes ao processo da busca e permanência no tratamento estão: a vergonha de sua autoimagem, o fácil acesso a droga e questões emocionais. Destaca-se que os participantes apontaram aspectos que podem aumentar a efetividade do tratamento no CAPS AD, que são: o acompanhamento após a conclusão do tratamento, a oferta de oficinas profissionalizantes e a implantação de unidades de acolhimento para atender quem está em situação de rua. Vale ressaltar o quanto os entrevistados se sentiram valorizados ao participarem desta pesquisa, eles demonstraram também enorme desejo de abandonar a situação de dependência e de retomar os planos de vida.

Palavras-chave: Cocaína Crack; Usuários de Drogas; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

ABSTRACT

MARTINS, J.S.P. Experiences of consumption, addiction and treatment from the perspective of crack users: "kissed the can, it's over!". 2021. Dissertation. Stricto Sensu Postgraduate Program in Health Care - Master level, from the Pontifical Catholic University of Goiás, Goiânia.

This is an exploratory, descriptive, qualitative study that used the methodological framework of Grounded Theory. The objective was to understand the main aspects related to crack consumption, dependence, seeking and abandoning treatment from the perspective of crack users in a CAPS ADIII. Thirteen crack users who spontaneously sought treatment at a CAPS AD III participated in the study. Data collection was performed in the unit itself, with an instrument built to conduct semi-structured interviews. The systematic process of data analysis allowed the construction of seven categories: 1) Describing the experiences of the beginning of crack use; 2) "Kissed the can is over!": The power of the drug; 3) Family breakdown and the use of crack; 4) Crack accompanied by other drugs; 5) Realizing the effects and consequences generated by crack abuse; 6) Associating the power of addiction with the devil and clinging to the faith to be free; 7) The search and abandonment of treatment at CAPS AD. The use of crack, the consequences and the search for treatment is a conditional / consequential process. Evidence that the phenomenon of crack abuse has been entangled with social problems, the context of life and crime. There is no sequence of beginning, middle and end, in which the first contact with crack is the beginning and treatment the end, there is a relationship and interaction between all situations. In many reports, the beginning of consumption was driven by living with the scenes of crack use, or by family breakdown. Coping with addiction is challenging and complex, because it is an easily accessible substance that causes rapid and intense addiction. The consequences related to addiction, such as personal degradation, family breakdown, social isolation, discrimination, prejudice and involvement with crime, show how important it is to prevent consumption and care for dependents. Among the barriers pointed out by the participants to the process of seeking and staying in treatment are: the shame of their self-image, easy access to drugs and emotional issues. It is noteworthy that the participants pointed out aspects that can increase the effectiveness of the treatment in the CAPS AD, which are: follow-up after the completion of the treatment, the offer of professional workshops and the implementation of reception units to serve those who are on the street. It is worth mentioning how much the interviewees felt valued when participating in this research, they also showed an enormous desire to abandon the situation of dependence and to resume life plans.

Keywords: Crack Cocaine; drug Users; substance-Related Disorders.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	8
2	INTRODUÇÃO	9
3	OBJETIVO	12
4	REVISÃO DA LITERATURA	13
4.1	Consumo das substâncias psicoativas Cocaína e Crack: aspectos históricos e epidemiológicos	13
4.2	Ação, efeitos e consequências da dependência química	15
4.3	As políticas públicas, a rede de atenção à saúde mental e o tratamento	20
5	MÉTODO	29
5.1	Tipo de estudo	29
5.2	Local e participantes	30
5.3	Coleta de dados	30
5.4	Análise dos dados	32
5.5	Aspectos éticos	34
6	RESULTADOS	35
6.1	Características sociodemográficas	35
6.2	Modelo teórico	37
7	DISCUSSÃO	55
8	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIAS	61
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	67
	APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE PESQUISA	69
	ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA	72

1 APRESENTAÇÃO

A atuação como enfermeira na saúde mental há cerca de dez anos e, especificamente, com dependência química há aproximadamente seis anos gerou em mim diversas indagações e a necessidade de aprimoramento científico para melhor atender o público assistido. Esta motivação foi norteada pelo meu contato diário com usuários de crack que frequentam um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III), na região metropolitana de uma capital brasileira, onde atuo como enfermeira. Além disso, vislumbrei a possibilidade de contribuir com o cuidado em saúde, por meio da análise da experiência vivenciada pelo usuários de crack.

Os usuários de crack fazem parte de uma população vulnerável à diversos eventos, entre eles: o abuso de substâncias psicoativas; viver em situação de rua; a exposição à violência; o contexto familiar não favorável; os preconceitos da sociedade; e a prostituição como forma de sustento. Esses usuários geralmente enfrentam dificuldades como a falta de acesso aos serviços de saúde além da privação de seus direitos básicos como cidadãos, assegurados pelas normativas e políticas públicas brasileiras.

Sendo assim, o vínculo com este público na minha prática profissional gerou alguns questionamentos que motivaram a realização desta pesquisa: quais condições contribuem para o consumo do crack? Quais os efeitos e as consequências da dependência do crack? Quais as dificuldades dos usuários de crack para busca e na continuidade do tratamento?

2 INTRODUÇÃO

Segundo o relatório mundial sobre drogas publicado em 2018 pela *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), o consumo de cocaína está em progressão. Esse relatório apontou que, no ano de 2016, o número de usuários de cocaína aumentou, mundialmente, quase sete por cento em relação ao ano anterior, e mais da metade dos usuários residiam nas Américas (UNODC, 2018).

A cocaína é um alcaloide extraído das folhas da coca (*Erythroxylon coca*) e quando misturado a produtos químicos específicos produz a pasta base. Ao refinar essa pasta obtém-se a cocaína em pó ou cloridrato de cocaína. O crack é um subproduto da cocaína, de natureza básica, que pode ser fumado (BRASIL, 2012a). A cocaína e o crack são substâncias psicoativas, estimulantes do sistema nervoso central, com capacidade de gerar transtorno devido seu uso. As duas drogas se diferenciam pela forma de consumo (APA, 2014).

A duração dos efeitos da cocaína no organismo sofre alterações conforme a via de administração. Por via nasal a duração média do efeito é de 30 minutos e ao fumar 10 minutos. Após esse período os usuários tendem a querer continuar seu uso para manter a euforia (BRASIL, 2012a).

O consumo do crack desencadeia alterações físicas e psíquicas. Entre essas alterações destacam-se: aceleração do pensamento, inquietação psicomotora, aumento do estado de alerta, inibição do apetite, labilidade do humor, aumento da frequência cardíaca e respiratória, elevação da temperatura corporal, transpiração, tremor leve de extremidades e contrações musculares involuntárias (BRASIL, 2012a).

Em 2017, a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), realizou o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira (III LNUD). Esse levantamento apontou a prevalência de aproximadamente um por cento dos usuários de crack nas capitais brasileiras. Essa taxa corresponde a 379.000 pessoas na faixa etária de 12 a 65 anos (BASTOS *et al.*, 2017).

Pesquisa com 699 usuários de cocaína, realizada na cidade de São Paulo, analisou o consumo da cocaína, dividindo os usuários em três grupos: 1º) indivíduos que consumiam a cocaína em pó; 2º) indivíduos que utilizavam a sua forma fumada (o crack) e; 3º) usuários que consumiam as duas formas. Esse estudo identificou que existem diferenças entre os usuários de apenas uma das formas de consumo da

substância e os que utilizam as duas. Usuários de crack apresentaram maior propensão a envolvimento com o crime, iniciam o uso de cocaína mais jovens e tendem a maior abuso de drogas ilícitas. Os pesquisadores apontaram a necessidade de estudos para confirmar e determinar as possíveis diferenças das respostas ao tratamento da dependência (GUINDALINI *et al.*, 2006).

Pesquisa nacional sobre o uso de crack, realizada pela FIOCRUZ revelou que apenas 27% dos usuários de crack acessaram serviços de saúde nos 30 dias anteriores à entrevista de coleta de dados. Somente 10% dessa população utilizou serviços que oferecem tratamento e internação para dependência química. Esses aspectos evidenciaram a dificuldade que essa população enfrenta para acessar os serviços de saúde e, também reafirmaram a necessidade de realizar estudos direcionados aos usuários de crack, considerando-se esses usuários apresentam particularidades que requerem atenção e investigações específicas (BASTOS; BERTONI, 2014).

Pesquisa publicada em 2017 concluiu que 82% dos usuários de drogas que iniciaram o acompanhamento em um centro de estudos, prevenção e tratamento ambulatorial para a dependência química abandonaram o tratamento. Destes 28,1% não retornaram após o primeiro atendimento e mais da metade abandonaram nos 30 dias iniciais (FERNANDES *et al.*, 2017).

Estudo realizado em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD) entrevistou 145 usuários, destes a maioria fazia uso de álcool e crack. Dentre os temas investigou-se a motivação para o tratamento, o resultado apontou duas situações, os que se diziam automotivados para o tratamento e os que indicaram pressões externas como motivação (GALLASSI *et al.*, 2016).

O fácil acesso, o uso de múltiplas drogas e a convivência em ambientes sociais em que há o uso do crack influenciam no consumo da droga e dificultam o abandono desta substância. Em contrapartida, o temor a morte, a perda do vínculo familiar e o desejo de aceitação pela sociedade são fatores apresentados como ponto de partida para abandonar o uso (ROCHA *et al.*, 2015).

Ao observar os estudos já concluídos, evidencia-se a necessidade de continuar realizando pesquisas com foco nos usuários de crack. Os estudos de abordagem qualitativa certamente contribuirão para construção, formulação e implantação de estratégias de cuidado em saúde que atendam demandas específicas desta população. É preciso estar a par das necessidades e dos desejos que eles

apresentam para elaborar abordagem preventiva, prestar o cuidado, tratar a saúde e reabilitar.

Quanto maior for a compreensão e conhecimento, por parte dos gestores do sistema de saúde, quanto a percepção e perspectiva, dos do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) que estão em busca por tratamento devido ao abuso do crack, compreender seus anseios e desejos, maior a possibilidade de ofertar tratamentos efetivos. O sucesso no tratamento aumenta a satisfação dos usuários, reduz gastos com complicações oriundas do abuso do crack e pode repercutir positivamente em questões sociais, como por exemplo a redução da violência urbana.

Sendo assim, compreender a perspectiva dos usuários de crack quanto ao consumo do crack, a dependência e o tratamento contribuirão para construção de estratégias e intervenções mais assertivas quanto a forma de prevenir o consumo e de conduzir o projeto terapêutico.

3 OBJETIVO

Compreender os principais aspectos relacionados ao consumo do crack, a dependência, a busca e o abandono do tratamento, na perspectiva dos usuários de crack.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Consumo das substâncias psicoativas cocaína e crack: aspectos históricos e epidemiológicos

O uso de substâncias psicoativas por humanos não é algo recente. De acordo com escavações arqueológicas, as civilizações pré-colombianas dos Andes conheciam e utilizavam as folhas da planta *Erythroxylon coca* ou coca boliviana há mais de 4.500 anos. A planta da qual é extraída a coca apresenta-se em forma de arbusto ou em árvores. No período era encontrada apenas no leste dos Andes e acima da Bacia Amazônica. Seu cultivo necessitava de clima tropical e altitudes elevadas. Os nativos da região consumiam a planta mascando suas folhas (FERREIRA; MARTINI, 2001).

Ao se considerar as substâncias de origem vegetal, em 1855, o químico alemão Friedrich Gaedecke conseguiu o extrato das folhas de coca. Quatro anos após outro químico também alemão Albert Niemann conseguiu isolar a substância, chegando ao extrato de cocaína. Porém, apenas em 1898, se descobriu a fórmula exata de sua estrutura química, o que possibilitou a produção do cloridrato de cocaína sintético, em forma de pó branco (FERREIRA; MARTINI, 2001).

A cocaína foi amplamente utilizada na medicina e difundida por todo o mundo. Em 1884, o médico Sigmund Freud chegou a fazer uma publicação na qual referia os efeitos da droga como supressor da fome, sono e fadiga. Ele relatava também suas propriedades de aguçar a atividade intelectual, além do uso terapêutico como estimulante, regulador de desordens digestivas, eficaz para o tratamento de abstinência de álcool e morfina. Ela também era utilizada no tratamento da asma, como afrodisíaco e anestésico local (CHASIN; LIMA, 2008).

A cocaína foi considerada uma substância revolucionária e amplamente utilizada em medicamentos e em produtos que variavam de refrigerantes a pastilhas para garganta e pomadas para hemorroidas. No entanto, dois produtos se destacaram, o refrigerante Coca-Cola e a bebida Vin Mariani. O vin mariane era uma mistura de vinho e coca divulgado e recomendado por figuras ilustres da época e até mesmo pelo papa da igreja católica. A partir de 1903, o extrato de cocaína deixou de ser adicionado a Coca-Cola, a empresa passou a adicionar cafeína como substituto (KLEBER, 1988).

Com o amplo consumo da cocaína nas mais diversas formas, em medicamentos, bebidas e até mesmo por via injetável, começaram a emergir os efeitos não esperados. Até então, a substância que era considerada segura iniciava um novo ciclo, com mortes por overdose e sintomas de abuso (PETERSON, 1977).

Até o início do século XX, a cocaína era comercializada livremente no Brasil. Apenas em 1921 foi aprovado um decreto que estabeleceu penalidades para contravenções relacionadas a comercialização da cocaína e outras drogas. Tal atitude foi reflexo da influência que a América do Norte exercia sobre o Brasil, pois nos Estados Unidos, Lei restringia a disponibilidade da cocaína a população desde 1914. Nos Estados Unidos, no início dos anos de 1970, mesmo após a proibição da livre comercialização, houve aumento no consumo da cocaína. Neste período, o consumo da droga estava associado à imagem de indivíduos bem sucedidos e passou a ser sinônimo de riqueza e glamour (BAHLS; BAHLS, 2002).

Nos anos de 1980, começaram a surgir relatos de uma nova forma de utilizar a cocaína. Foi extraída a pasta básica da cocaína e associada com bicarbonato de sódio gerando uma pedra, a qual deveria ser aquecida em um recipiente para liberar o vapor a ser inalado, com o aquecimento a substância emitia ruídos, o que originou o nome crack. Nesta forma, a droga passou a ser inalada, apresentando um potente efeito (KESSLER; PECHANESKY, 2008).

No Brasil, não há documentação ou registros específicos relatando o período que o crack começou a ser comercializado ou consumido. Entretanto, estudos publicados na década de noventa, evidenciaram a redução da administração injetável e o aumento na forma fumada. Os autores levantaram a possibilidade de o crack já estar em consumo antes dos anos 1990 (BASTOS; BERTONI, 2014).

A necessidade em obter maior conhecimento sobre o consumo de drogas no Brasil, resultou na realização de um levantamento nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Esse levantamento possui três edições para os anos de 2001, 2012 e 2017. Os dados foram referentes a população residente em domicílios e, não contemplou a população que vive em situação de rua. Esses dados devem ser analisados considerando-se as diferenças dos contextos investigados, e ao padrão de consumo dos usuários (BASTOS *et al.*, 2017).

O I LENAD identificou que 76.000 pessoas relatavam haver consumido crack em algum momento de sua vida, sendo que a faixa etária mais atingida era de adultos jovens de 25 a 34 anos (CARLINI *et al.*, 2002). O segundo levantamento apontou que

108.867 adolescentes e 1.766.438 adultos informaram já ter feito uso de crack alguma vez na vida (LARANJEIRA *et al.*, 2014). Publicado em 2017, o terceiro levantamento apontou que, uma estimativa de 1.393.000 pessoas que já fizeram uso de crack ao menos uma vez na vida. A população considerada na pesquisa foram indivíduos com idades entre 12 a 65 anos (BASTOS *et al.*, 2017).

Em 2014, a FIOCRUZ publicou uma pesquisa nacional sobre o uso do crack e identificou que os usuários de crack em cenas de uso eram 78,68% de homens, a faixa etária média foi de 30,28 anos, 79,15% eram não brancos, 60,64% se declararam solteiros, 57,60% com escolaridade apenas do ensino fundamental. Aproximadamente 40% estavam vivendo em situação de rua e cerca de 65% relataram que obtém dinheiro com trabalhos esporádicos ou autônomo (BASTOS; BERTONI, 2014).

4.2 Ação, efeitos e consequências da dependência química

A Organização Mundial da Saúde define “as substâncias psicoativas (comumente conhecidas como drogas psicoativas) como aquelas que, quando utilizadas, têm a habilidade de mudar os processos de consciência, humor e pensamento individuais” (OMS, 2006).

Em 2018, a Organização Pan-Americana da Saúde desenvolveu um manual de intervenções para transtornos mentais. Esse documento afirma que os transtornos por uso de substâncias psicoativas abrangem tanto os problemas causados pelo consumo de drogas e de álcool quanto outras condições, inclusive a intoxicação aguda, a overdose e a abstinência (OPAS, 2018).

A característica essencial de um transtorno por uso de substâncias consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando o uso contínuo pelo indivíduo apesar de problemas significativos relacionados à substância (APA, 2014, p. 483).

As alterações psíquicas são específicas e estão relacionadas a forma como cada substância age e manifesta seus efeitos cerebrais. Cada uma dessas substâncias se liga à diferentes receptores do sistema nervoso, fazendo com que as atividades dos neurônios aumentem ou diminuam. O que gera distintas alterações no comportamento, no desenvolvimento de tolerância e sintomas de abstinência (WHO, 2004).

As substâncias psicoativas mais comuns podem ser classificadas de diferentes formas, mas ao considerar o seu efeito farmacológico elas podem ser definidas, conforme sua ação, em três categorias: 1) estimulante; 2) depressora; e 3) perturbadora do sistema nervoso central (BRASIL, 2012a).

As drogas de ação estimulante tendem a deixar o indivíduo agitado, acelerado e excitado. Entre essas drogas estão a cocaína, o crack e as anfetaminas. A de efeito depressor apresentam o efeito inverso, deixando a pessoa mais lenta, devagar e sonolenta. Entre essas estão os benzodiazepínicos, os opiáceos e o álcool. Drogas de ação perturbadora, alteram a qualidade da função cerebral, trazendo alterações mentais que podem apresentar sintomas como alucinações, delírios e dificuldade na capacidade de discriminar medidas de comportamento, tempo e espaço. Entre as perturbadoras estão a maconha, a dietilamida do ácido lisérgico (LSD) e o *ecstasy* (BRASIL, 2012a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a cocaína age no sistema nervoso central impedindo a recaptura de transmissores como a dopamina, prolongando os seus efeitos. É possível que ocorra tolerância aguda a curto prazo, que consiste na necessidade de aumentar as doses da substância consumida para que se atinja os efeitos antes alcançados com doses inferiores. O consumo prolongado está relacionado às lesões/alterações nas estruturas encefálicas, com prejuízo cognitivo, distúrbios na função motora e diminuição no tempo de reação (WHO, 2004).

A principal forma de consumo do crack acontece pela via inalatória, o efeito estimulante dura em média de cinco a dez minutos, sendo que seu início ocorre entre seis e oito segundos. Ao fumar a substância entra em contato com os alvéolos, em seguida chega à corrente sanguínea, que por sua vez atravessa rapidamente a barreira hematoencefálica (CASTRO *et al.*, 2015).

O crack apresenta diversos efeitos no sistema nervoso, alguns destes podem levar a sensações prazerosas, como alívio da tensão, euforia, redução da fadiga, melhora no desempenho físico, sensações de competência e de melhor desempenho sexual. Entre os efeitos não prazerosas estão: paranoia, mania de perseguição, inquietação e ansiedade (OMS, 2006).

As sensações prazerosas por si só, não justificam a possibilidade de causar dependência. Muitos indivíduos desenvolvem a dependência após o uso, no entanto, há pessoas que consomem, mas não são dependentes. Não é possível explicar a

dependência de forma simplista, por ser uma junção complexa de diferentes fatores psicológicos, neurobiológicos e características individuais (OMS, 2006).

A ação farmacodinâmica primária da cocaína, relacionada a seus efeitos comportamentais, é o bloqueio competitivo da recaptação de dopamina. Esse bloqueio aumenta a concentração dopaminérgica na fenda sináptica e resulta em maior ativação dos receptores dos tipos 1 (D1) e 2 (D2). Embora os efeitos comportamentais sejam principalmente atribuídos ao bloqueio da recaptação de dopamina, a cocaína também barra a recaptação de outras catecolaminas importantes: noradrenalina e serotonina (BRASIL, 2012c, p. 57).

O crack é mais potente que a cocaína inalada, pois ele produz um pico de concentração plasmática maior e mais rápido, assim causando consequências sistêmicas e comportamentais mais sérias (SCHUCH-GOI *et al.*, 2017).

Publicação realizada pelo Ministério da Justiça, afirma que entre as complicações oriundas do uso de crack a overdose é a mais conhecida, porém não é tão comum de ocorrer. As complicações que mais fazem os usuários buscarem o serviço de saúde são as alterações psiquiátricas. Seja pela intoxicação aguda ou pela abstinência, é comum o surgimento de sintomas como disforia, ansiedade, agitação, heteroagressividade, delírios paranoides persecutórios e alucinações (BRASIL, 2012a).

O abuso de substâncias psicoativas pode causar dependência, pois atuam diretamente no cérebro, trazendo alterações no sistema nervoso central, podendo afetar o sistema de recompensa situado no córtex pré-frontal e também o sistema límbico que é associado às emoções. A OMS afirma que as substâncias psicoativas “têm similaridades na maneira em que afetam regiões importantes do cérebro ligadas a motivação. Este é um aspecto importante em relação às teorias do desenvolvimento da dependência” (WHO, 2004).

A define dependência química é definida como o “agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua o uso da substância apesar de problemas significativos relacionados a ela” (OMS, 2006, p.45).

Algumas drogas psicotrópicas podem causar dependência e são nominadas drogas de abuso. Essas drogas podem desencadear o uso descontrolado em seus usuários, e fazer com que o indivíduo a autoadministre repetidamente. Esse comportamento pode causar tolerância, abstinência e comportamentos de consumo compulsivo. O conceito de dependência é descritivo, levando em consideração os

sinais e sintomas, além dos padrões individuais de consumo que variam de intensidade para cada indivíduo (BRASIL, 2012a).

A dependência é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos no qual o uso de uma substância psicoativa passa a ser uma prioridade muito maior para determinado indivíduo que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Ela é caracterizada por desejo irresistível de usar a substância e perda do controle sobre o uso. Com frequência, está associada a altos níveis de uso da substância e a um estado de abstinência com a interrupção do uso (OPAS, 2018, p. 105).

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID-10, os transtornos mentais e comportamentais atribuídos ao uso de substância psicoativa estão codificados de F10-F19. Nesta classificação, F15 se refere aos transtornos mentais e comportamentais ligados ao uso da cocaína e F19 aos transtornos mentais e comportamentais causados pelo uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (BRASIL, 2008).

Neste agrupamento estão diversos transtornos distintos, em sua sintomatologia ou gravidade, porém todos estão inter-relacionados por serem atribuídos ao uso de substâncias psicoativas. Dentro desta categoria estão as subcategorias que apresentam especificações como intoxicação aguda, uso nocivo para saúde, síndrome de dependência, entre outros que estão no Quadro 1, assim como suas definições (BRASIL, 2008).

Quadro 1 – Subcategorias utilizadas como complemento as categorias de F10 a F19 do CID 10.

Subcategorias	Caracterização
.0 Intoxicação aguda	Estado consequente ao uso de uma substância psicoativa, compreende perturbações da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento, ou de outras funções e respostas psicofisiológicas. As perturbações estão na relação direta dos efeitos farmacológicos agudos da substância consumida, e desaparecem com o tempo, com cura completa, salvo nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações. Entre as complicações, podem-se citar: traumatismo, aspiração de vômito, delirium, coma, convulsões e outras complicações médicas. A natureza destas complicações depende da categoria farmacológica da substância consumida assim como de seu modo de administração.
.1 Uso nocivo para a saúde	Modo de consumo que é prejudicial à saúde. As complicações podem ser físicas (por exemplo, hepatite consequente a injeções de droga pela própria pessoa) ou psíquicas (por exemplo, episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool). Abuso de uma substância psicoativa.
.2 Síndrome de dependência	Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente

Subcategorias	Caracterização
	apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física.
.3 Síndrome [estado] de abstinência	Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorrem quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitadas no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.
.4 Síndrome de abstinência com delirium	Estado no qual a síndrome de abstinência se complica com a ocorrência de delirium (Síndrome cerebral orgânica sem etiologia específica caracterizada pela presença simultânea de perturbações da consciência e da atenção, da percepção, do pensamento, da memória, do comportamento psicomotor, das emoções e do ritmo vigília-sono. A duração é variável e a gravidade varia de formas leves a formas muito graves), este estado pode igualmente comportar convulsões. Delirium tremens (induzido pelo álcool).
.5 Transtorno psicótico	Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que não participam também do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas frequentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de ideias delirantes (frequentemente do tipo paranóide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase. O sensório não está habitualmente comprometido, mas pode existir um certo grau de obnubilação da consciência embora possa estar presente a confusão mas esta não é grave.
.6 Síndrome amnésica	Síndrome dominada pela presença de transtornos crônicos importantes da memória (fatos recentes e antigos). A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada que a memória remota. Habitualmente existem perturbações manifestas da orientação temporal e da cronologia dos acontecimentos, assim como ocorrem dificuldades de aprender informações novas. A síndrome pode apresentar confabulação intensa, mas esta pode não estar presente em todos os casos. As outras funções cognitivas estão em geral relativamente bem preservadas e os déficits amnésicos são desproporcionais a outros distúrbios. Psicose ou síndrome de Korsakov, induzida pelo álcool ou por outra substância psicoativa ou não especificada.
.7 Transtorno psicótico residual ou de instalação tardia	Transtorno no qual as modificações, induzidas pelo álcool ou por substâncias psicoativas, da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância. A ocorrência da perturbação deve estar diretamente ligada ao consumo de uma substância psicoativa. Os "flashbacks" podem ser diferenciados de um estado psicótico, em parte porque são episódicos e frequentemente

Subcategorias	Caracterização
	de muito curta duração, e em parte porque eles reproduzem experiências anteriores ligadas ao álcool ou às substâncias psicoativas.

Fonte: Conteúdo adaptado do CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima revisão (BRASIL, 2008).

Neste contexto, é necessário compreender que “a dependência química é uma doença crônica e recidivante, na qual o uso contínuo de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento de cérebro” (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2009, p.) e devido a neuroplasticidade do cérebro, ele pode ser moldado conforme as demandas externas.

4.3 As políticas públicas, a rede de atenção à saúde mental e o tratamento

Na XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas, foram discutidos princípios diretivos para redução da demanda sobre drogas. Assim, desde o ano de 1998, o Brasil conta com políticas específicas sobre drogas e criou o Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). Posteriormente este Conselho foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e, em seguida, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (BRASIL, 2012a).

Em 2002, houve a criação da Política Nacional Antidrogas (PNAD) a partir do Decreto Presidencial nº. 4.345, de 26 de agosto de 2002. Com o decorrer dos anos essa política passou por transformações e adequações. Após a realização de fóruns, atendendo a demanda popular e sobre a influência internacional o seu nome foi alterado para Política Nacional sobre Drogas. Inicialmente, essa política apresentava como objetivo conscientizar a sociedade da ameaça representada pelo uso indevido de drogas e suas consequências (BRASIL, 2012a).

Atualmente, o Brasil conta com um Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas (SISNAD), este é subordinado ao Ministério da Justiça e Segurança Pública (MJSP). Essa política institui:

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Lei Nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 (BRASIL, 2006).

Em 2019, houve alteração na legislação, e entrou em vigor a lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Esta lei alterou todas anteriores que tratavam sobre políticas de

drogas. E entrou em vigor “para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas” (BRASIL, 2019a).

Esta legislação define o Sisnad como o “conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem as políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas” (BRASIL, 2019a).

Entre os objetivos desta lei está a intenção de promover o acesso do usuário ou dependente de drogas a todos os serviços públicos e estabelecer diretrizes para garantir a efetividade dos programas, ações e projetos das políticas sobre drogas (BRASIL, 2019a).

Atualmente a política sobre drogas conta com a atuação de diversas esferas. Para haver melhor compreensão das competências e funções de cada uma o Ministério da Saúde publicou uma imagem que está adaptada a seguir na figura 1.

Figura 1: Principais componentes do SISNAD.





Fonte: Ministério da Saúde - <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/orgaos-e-instituicoes-envolvidos-na-politica-nacional-sobre-drogas>

Em 11 de abril de 2019, foi publicado o Decreto Nº 9.761, nesta legislação a Presidência da República aprovou a Política Nacional sobre Drogas. O decreto conta com cinco artigos sucintos. No entanto traz em anexo a própria Política sobre Drogas (BRASIL, 2019b).

O primeiro pressuposto da Política Nacional sobre Drogas é “buscar incessantemente atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas lícitas e ilícitas e da dependência de tais drogas” (BRASIL, 2019b). Esse pressuposto nos leva a refletir sobre a causa de haver tantas alterações e o surgimento de novas políticas e legislações sobre drogas.

Talvez por traçar metas fora da realidade, já que em uma sociedade livre, tal situação seja irreal. Mesmo que seja um ideal, uma política deveria ser pautada no possível e na realidade para a população em foco, não em uma percepção da minoria legisladora.

No Brasil, os tratamentos voltados para dependência química ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são realizados pelos componentes da Rede de

Atenção Psicossocial (RAPS). A organização e composição estrutural do RAPS está descrita no quadro 2.

Quadro 2. Componentes da RAPS.

Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção

- Unidade Básica de Saúde
- Equipe de Consultório na Rua
- Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório

Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção

- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades

Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção

- SAMU 192, sala de Estabilização, UPA 24 horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, unidades Básicas de Saúde, entre outros

Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção

- Unidade de Recolhimento
- Serviços de Atenção em Regime Residencial

Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção

- Enfermaria especializada em Hospital Geral;
- Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção

- Serviços Residenciais Terapêuticos

Reabilitação psicossocial

Fonte: Conteúdo adaptado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).
http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Como já observado no quadro 2, entre os componentes da RAPS estão os CAPS. Essas unidades são responsáveis pelo atendimento como: acolhimento diurno, acolhimento noturno, atendimentos individuais ou em grupo, atenção às situações em crise, atendimento familiar, entre outros (BRASIL, 2012b). O CAPS AD é uma modalidade especializada dos centros de atenção psicossocial, destinada a atender e assistir integralmente pessoas com necessidades relacionadas ao consumo e abuso de álcool, crack e outras drogas. O atendimento é tanto para os usuários como para os familiares. A modalidade III (CAPS AD III) determina que a unidade terá atendimento 24 horas, assim havendo a possibilidade de acolhimento noturno (BRASIL, 2012c).

O CAPS AD deve respeitar uma lógica de atendimento territorial e ser implantado para grupos populacionais de 150 a 300 mil pessoas, esse número de pessoas pode ser atingida por meio de pactuação entre municípios (BRASIL, 2012c).

A unidade deve contar com uma equipe multiprofissional, com composição mínima de: médico clínico, médico psiquiatra, enfermeiro com experiência e/ou formação em saúde mental, técnico de enfermagem, assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo e educador físico (BRASIL, 2012c).

Para facilitar a compreensão dos tipos de tratamentos ofertados e sua aplicação construímos outro quadro com cada tipo de tratamento de acordo com publicação do Ministério da Saúde (Quadro 3).

Quadro 3 – Ações desenvolvidas pelos CAPS.

Acolhimento inicial	Primeiro atendimento, por demanda espontânea ou referenciada, incluindo as situações de crise no território; consiste na escuta qualificada, que reafirma a legitimidade da pessoa e/ou familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.
Acolhimento diurno e/ou noturno	Ação de hospitalidade diurna e/ou noturna, realizada nos CAPS como recurso do PTS de usuários, objetivando a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
Atendimento individual	Atenção direcionada aos usuários visando à elaboração do PTS ou do que dele deriva. Comporta diferentes modalidades, incluindo o cuidado e o acompanhamento nas situações clínicas de saúde, e deve responder às necessidades de cada pessoa.
Atenção às situações de crise	Ações desenvolvidas para manejo das situações de crise, entendidas como momentos do processo de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências causam intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e pode ser realizada no ambiente do próprio serviço, no domicílio ou em outros espaços do território que façam sentido ao usuário e a sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.
Atendimento em grupo	Ações desenvolvidas coletivamente, como recurso para promover sociabilidade, intermediar relações, manejar dificuldades relacionais, possibilitando experiência de construção compartilhada, vivência de pertencimento, troca de afetos, autoestima, autonomia e exercício de cidadania.
Práticas corporais	Estratégias ou atividades que favoreçam a percepção corporal, a autoimagem, a coordenação psicomotora, compreendidos como fundamentais ao processo de construção de autonomia, promoção e prevenção em saúde.
Práticas expressivas	Estratégias realizadas dentro ou fora do serviço que possibilitem ampliação do repertório comunicativo e expressivo dos usuários e

Atendimento familiar	favoreçam a construção e a utilização de processos promotores de novos lugares sociais e a inserção no campo da cultura.
Acompanhamento domiciliar	Ações voltadas para o acolhimento individual ou coletivo dos familiares e suas demandas, que garantam a corresponsabilização no contexto do cuidado, propiciando o compartilhamento de experiências e de informações.
Ações de reabilitação psicossocial	Atenção desenvolvida no local de morada da pessoa e/ou de seus familiares, para compreensão de seu contexto e de suas relações, acompanhamento do caso e/ou em situações que impossibilitem outra modalidade de atendimento.
Promoção de contratualidade	Ações de fortalecimento de usuários e de familiares, mediante a criação e o desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.
Fortalecimento do protagonismo	Acompanhamento de usuários em cenários da vida cotidiana – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.
Ações de articulação de redes intra e intersetoriais	Atividades que fomentem: a participação de usuários e de familiares nos processos de gestão dos serviços e da rede, como assembleias de serviços, participação em conselhos, conferências e congressos; a apropriação e a defesa de direitos; a criação de formas associativas de organização. A assembleia é uma estratégia importante para a efetiva configuração dos CAPS como local de convivência e de promoção de protagonismo de usuários e de familiares.
Matriciamento de equipes dos pontos de atenção básica, urgência e emergência, e dos serviços hospitalares de referência	Estratégias que promovam a articulação com outros pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território.
Ações de redução de danos	Apoio presencial sistemático às equipes que oferte suporte técnico à condução do cuidado em saúde 13 mental por meio de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território, e contribua no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.
Acompanhamento de serviço residencial terapêutico	Conjunto de práticas e de ações do campo da Saúde e dos Direitos Humanos realizadas de maneira articulada inter e intrassetorialmente, que busca minimizar danos de natureza biopsicossocial decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ampliar o cuidado e o acesso aos diversos pontos de atenção, incluídos aqueles que não têm relação com o sistema de saúde.
	Suporte às equipes dos serviços residenciais terapêuticos, com a corresponsabilização nos projetos terapêuticos dos usuários, que promova a articulação entre as redes e os pontos de atenção com o foco no cuidado e no desenvolvimento de ações intersetoriais, e vise à produção de autonomia e à reinserção social.

Apoio a serviço residencial de caráter transitório

Apoio presencial sistemático aos serviços residenciais de caráter transitório, que busque a manutenção do vínculo, a responsabilidade compartilhada, o suporte técnico-institucional aos trabalhadores daqueles serviços, o monitoramento dos projetos terapêuticos, a promoção de articulação entre os pontos de atenção com foco no cuidado e nas ações intersetoriais, e que favoreça a integralidade das ações.

Fonte: Conteúdo adaptado do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b).
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html

O tratamento da dependência química é multifatorial, uma junção de diferentes modelos e sempre deve levar em consideração a necessidade do usuário. Deve possuir diferentes abordagens, como psicoterapia, atendimento multidisciplinar, além de alicerce para apoiar as questões psicossociais de cada usuário (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2009).

O tratamento para dependência química e, conseqüentemente, para o abuso do crack é complexo e exige grande esforço de todos os envolvidos, seja o usuário, o familiar, o profissional, o gestor ou o sistema de saúde. Para chegar a um resultado satisfatório é necessário empenho de todos. De acordo com publicação realizada pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), o tratamento eficaz para a dependência química parte de treze princípios, que serão apresentados no quadro 4 (NIDA, 2018).

Quadro 4 - Princípios do tratamento da toxicodependência.

- 1 O vício é uma doença complexa, mas tratável, que afeta a função e o comportamento do cérebro
- 2 Nenhum tratamento isolado é apropriado para todos
- 3 O tratamento precisa estar prontamente disponível
- 4 O tratamento eficaz atende a múltiplas necessidades do indivíduo, não apenas o abuso de drogas
- 5 Permanecer no tratamento por um período de tempo adequado é fundamental
- 6 As terapias comportamentais - incluindo aconselhamento individual, familiar ou em grupo - são as formas mais usadas de tratamento para abuso de drogas
- 7 Os medicamentos são um elemento importante de tratamento para muitos pacientes, especialmente quando combinados com aconselhamento e outras terapias comportamentais
- 8 O plano de tratamento e serviços de um indivíduo deve ser avaliado continuamente e modificado conforme necessário para garantir que ele atenda às suas necessidades em constante mudança
- 9 Muitos indivíduos viciados em drogas também têm outros transtornos mentais
- 10 A desintoxicação medicamente assistida é apenas o primeiro estágio do tratamento da dependência e, por si só, pouco faz para mudar o abuso de drogas a longo prazo

- 11 O tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz
- 12 O uso de drogas durante o tratamento deve ser monitorado continuamente, pois ocorrem lapsos durante o tratamento
- 13 Os programas de tratamento devem testar os pacientes quanto à presença de HIV / AIDS, hepatite B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, além de fornecer aconselhamento direcionado para redução de riscos, vinculando os pacientes ao tratamento, se necessário.

Fonte: Conteúdo traduzido e adaptado do *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 2018). <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>

5 MÉTODO

5.1 Tipo de estudo

Este estudo descritivo, exploratório, qualitativo utilizou o referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados. Esse referencial foi desenvolvido por dois sociólogos, Barney Glaser e Anselm Strauss, nos Estados Unidos (STRAUSS; CORBIN, 2008). Esse método de pesquisa conta com procedimentos que padronizam e dá rigor ao processo, permitindo que o pesquisador os utilize de forma criativa. O método fornece ferramentas para trabalhar com os dados brutos de forma analítica, para que identifique, desenvolva e relacione os conceitos que servirão como base para o desenvolvimento da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A Teoria Fundamentada nos Dados ao utilizar uma série de procedimentos concretos e sistemáticos para coletar e analisar os dados, tem o intuito de gerar uma teoria densa e articulada, com capacidade dialógica à a realidade estudada. É chamada de fundamentada nos dados, pois está intimamente ligada a realidade. Sua intenção é alcançar resultados que sejam a elaboração de teorias, mas que estas tenham valor prático-operativo e útil (TAROZZI, 2011).

A Teoria Fundamentada nos Dados é uma metodologia que visa compreender o universo em estudo, tanto na visão do participante da pesquisa quanto do pesquisador. Para isto utiliza diretrizes básicas como a codificação, a redação de memorandos e a amostragem para o desenvolvimento de teorias que esclarecerão o fenômeno analisado (CHARMAZ, 2009). Nesta abordagem metodológica qualitativa há uma relação próxima e uma interação constante entre a coleta de dados, a análise e a teoria que é compreendida como “um conjunto de conceitos bem desenvolvidos relacionados por meio de declarações de relação que, juntas, constituem uma estrutura integrada que pode ser usada para explicar ou prever fenômenos”. (STRAUSS; CORBIN, 2008, p.29).

Ao iniciar a coleta dos dados também se inicia a análise qualitativa. Primeiramente a microanálise ou análise linha a linha, posteriormente haverá a codificação aberta, seguida da codificação axial, da qual emergem as categorias e subcategorias. Todo esse processo tem o intuito de sintetizar e organizar os dados, para a construção da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

5.2 Local e participantes

Os participantes foram usuários de crack em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um CAPS AD III, Componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) da região metropolitana de Goiânia, Goiás, Brasil. A unidade é destinada a proporcionar a atenção integral e contínua à pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas. Com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. Atende apenas adultos, pois o município conta com outra unidade que presta atendimento especializado a menores de idade com problemas no uso abusivo de álcool e outras drogas.

Os critérios de elegibilidade para inclusão foram: ser usuário de crack; estar em tratamento no CAPS AD III; ter buscado tratamento espontaneamente. Foram excluídos usuários que apresentassem confusão mental, que estivessem em sedação medicamentosa ou com dificuldade na fala, no momento da entrevista.

Adotou-se o processo de amostragem intencional, definida mediante a saturação teórica, compreendida como “fase ou ponto da análise de dados qualitativos em que o investigador, decorrente da amostragem e análise de dados, constata que não surgem fatos novos e que todos os conceitos da teoria estão bem desenvolvidos” (RIBEIRO; SOUZA; LOBÃO, 2018, p. 3). Para garantir o alcance e diversidade de participantes houve a inclusão de pessoas com e sem apoio familiar; pessoas que viviam em situação de rua e os que possuíam residência fixa, entre outras particularidades. Com intuito de que estas variações possibilitassem a geração de uma ampla e diversificada perspectiva dos usuários que estão no serviço de saúde, para que houvesse a máxima variação possível.

5.3 Coleta de dados

Mediante apreciação e aprovação ética do comitê de ética da PUC Goiás sob o parecer 3.594.773 e CAAE 20310919.0.0000.0037 (ANEXO A), foi iniciada a coleta de dados que ocorreu de outubro de 2019 a junho de 2020. As entrevistas foram realizadas no ambiente do CAPS AD III. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos, podendo refletir e decidir posteriormente sobre a sua aceitação, ou não, em participar do estudo. Todos os participantes assinaram o Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). De modo a garantir o anonimato dos participantes, optou-se por identificá-los por meio da letra U oriunda do termo usuário, acrescido de um numeral sem correlação com a ordem das entrevistas.

Posteriormente a essa etapa, as entrevistas semiestruturadas foram realizadas na instituição, em horário que melhor atendesse às necessidades dos participantes e que não prejudicasse a sua rotina de atividades. As entrevistas aconteceram em sala reservada e tranquila, com presença exclusiva da pesquisadora e do participante (Imagem 1).

Imagem 1 – Local de realização das entrevistas.



Fonte: autoria própria.

Neste estudo utilizamos a entrevista semiestruturada para realizar a coleta de dados, com o intuito de obter dados em profundidade. Essa modalidade de coleta permite ao pesquisador maior flexibilidade e menor rigidez ao interagir com o participante, sem perder o foco nas questões norteadoras. A entrevista deve transcorrer de forma fluida e que o entrevistador não tenha falas impondo respostas, assim possibilitando que o entrevistado formule o seu raciocínio, alcançando um resultado mais fidedigno sobre o que realmente pensa o participante (NUNES *et al.*, 2016).

Foi construído um roteiro de entrevista semiestruturado para guiar o processo de coleta (APÊNDICE B), além de trazer maior rigor a pesquisa. A construção se deu por meio de consultas a estudos já publicados. Servindo como norteadores nas questões a serem abordadas.

A primeira parte do instrumento, contemplou questões objetivas para obtenção de informações sociodemográficas, como: sexo, raça, data de nascimento, moradia e questões objetivas sobre o uso de substâncias psicoativas. A segunda parte foi composta por um quadro, sendo que na primeira coluna, estão os questionamentos gerais e na segunda coluna as questões exploratórias.

Para gravação das entrevistas foi utilizado gravador digital específico para captação de voz com armazenamento temporário em cartão de memória, sem a necessidade de microfone externo. Todos os dados gravados foram arquivados em nuvem e em computador destinado especificamente para essa pesquisa. Todos os dados ficarão sob responsabilidade da pesquisadora por um período de cinco anos.

Após o armazenamento do áudio foi realizada a transcrição das entrevistas, que ocorrem de maneira literal, efetuando revisões em termos gramaticais sem a alteração no sentido da fala do participante. As transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora e por uma estudante de iniciação científica, após realizar treinamento para implementação de análise de dados qualitativos.

Esse processo foi cuidadoso. O texto foi redigido linha a linha, e as pesquisadoras atentaram-se para as nuances que cada fala trazia e buscando transferi-las para o texto. Todas as transcrições realizadas pela acadêmica foram revisadas pela mestranda, por meio da audição das entrevistas gravadas e da leitura da transcrição, possibilitando realizar pequenos ajustes necessários para retratar as falas e ser fiel aos detalhes capitados durante o momento da entrevista.

5.4 Análise dos dados

A análise qualitativa foi orientada pelos pressupostos metodológicos da Teoria Fundamentada nos Dados. Esse referencial nos informa como proceder por meio de diretrizes explícitas, o que é uma vantagem ao realizar a análise, já que possibilita o desenvolvimento de um trabalho que terá maior rigor metodológico e será o mais fidedigno possível ao material coletado. Foi utilizado especialmente as recomendações de Anselm Strauss e Juliet Corbin (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A análise dos dados é uma explicação teórica abstrata do que está sendo feito, esta é conceitual, e não interacional. A elaboração de conceitos, a coleta e análise de dados são atividades que estão entrelaçadas. Assim como à escrita de memorandos sobre as categorias. A codificação substantiva, composta por codificação aberta e seletiva, e codificação teórica compõem a estrutura central para o desenvolvimento da análise de dados (ANDREWS *et al.*, 2017).

Na Teoria Fundamentada nos Dados, os materiais obtidos são analisados detalhadamente. Inicia-se com a microanálise ou análise linha por linha, porém não deve ser realizada apenas linha a linha, mas a cada palavra dita pelo participante. Esse exame minucioso potencializa a identificação em pequenos volumes a existência de grande quantidade de informações relevantes. Por meio da microanálise é possível descobrir as categorias iniciais e realizar comparações entre conceitos pré-existentes acerca do que emergiu neste primeiro momento (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Após esta fase o material foi analisado utilizando a teoria condicional/consequencial de Corbin e Strauss. Que consiste em um modelo de codificação que tem o intuito de auxiliar o pesquisador na visualização dos pontos analíticos. Utiliza “um mecanismo analítico para estimular o pensamento dos pesquisadores sobre as relações entre condições/consequências macro e micro, uma com a outra e com o processo” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 177). Busca, portanto, apresentar um modelo explicativo que representa como os dados se relacionam e como eles contribuem para a compreensão do fenômeno estudado.

Durante o processo de análise o pesquisador realiza questionamentos e comparações. Não deve ficar preso apenas a questão de pesquisa inicial, mas conforme os dados vão indicando serão realizadas perguntas, para que auxilie o pesquisador na visualização do processo. Saindo da descrição e possibilitando estabelecer conexões entre os conceitos. Permitindo que sejam encontradas tanto variações, como padrões gerais durante a análise. A intenção dos questionamentos e comparações não é obter uma resposta pura e simples, mas utilizá-las como ferramentas para obter maior compreensão dos dados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A análise foi realizada simultaneamente aos demais processos (coleta, transcrição, revisão do roteiro de entrevista), por meio da construção dos memorandos, codificação aberta, codificação axial, codificação seletiva, da síntese interpretativa e construção do modelo teórico.

As codificações foram realizadas por meio da construção de um quadro, em que a primeira coluna foi preenchida com a transcrição, a segunda com a codificação aberta e a terceira com a codificação axial. Após a construção deste quadro na codificação seletiva, foi utilizado uma variedade de cores distinguindo as categorias que foram emergindo. Por meio das codificações emergiram as categorias e as subcategorias, que ao longo do processo foram modificando e evoluindo, assim como as análises e interpretações.

Os dados foram analisados pela pesquisadora e submetidos a checagem com a orientadora e com a aluna de iniciação científica, evitando que o estudo pudesse ser tendencioso ou restrito a análise de apenas um pesquisador. A orientadora da pesquisa ouviu e leu as entrevistas, participou de todo o processo de análise, realizou diversas sessões de esclarecimento com a equipe envolvida (pesquisadora e aluna de iniciação científica) e promovendo discussões em conjunto.

Além disso, de modo a revisar e aprofundar as interpretações, as entrevistas foram discutidas e analisadas como parte das atividades da disciplina Tópicos Avançados em Pesquisa Análise de Dados Qualitativos, ofertada pelo programa de Mestrado em Atenção à Saúde da PUC Goiás. Essa ação permitiu explorar outros sentidos e significados, rever e complementar o processo de codificação e categorização. Além de contribuir para reflexividade envolvida em estudos desta natureza.

5.5 Aspectos éticos

O estudo foi realizado respeitando as normas presente na Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, e de acordo com esta resolução é importante reforçar que “a pesquisa em ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes” (CNS, 2016).

6 RESULTADOS

6.1 Características sociodemográficas

Participaram 13 usuários de crack em acompanhamento no serviço de saúde em estudo. Entre esses usuários somente uma pessoa do sexo feminino. Observou-se diferentes autodenominações de gênero, como homossexual, transexual e travesti. A média de idade foi de 33 anos, 69,2% declararam ter cor parda. Destaca-se que um dos entrevistados pertence à comunidade Quilombola.

Identificou-se que 84,6% tem o ensino fundamental incompleto. Em relação a renda, 38,5% disseram não ter nenhuma fonte. Os demais possuíam renda média mensal abaixo de 845,00 reais. Além disso, 92,3% declararam que, em algum momento de sua vida, estiveram em situação de rua. Entre esses, 69,2% informaram que estavam vivendo, naquele momento, em situação de rua e desempregados. Quanto ao tempo de consumo de crack, 46,2% afirmaram variar de dois a 10 anos. Entre esses, 53,9% tinham entre 12 a 23 anos. Em termos de acompanhamento e seguimento no serviço de saúde, verificou-se que entre os participantes a maioria já havia realizado acompanhamento em outros momentos na unidade e procuravam a unidade de saúde não apenas para tratar a dependência, mas também como apoio devido vulnerabilidades sociais. No quadro 5 é apresentada a caracterização sociodemográfica dos participantes.

Quadro 5 – Dados da caracterização sociodemográfica e do tempo de uso do crack entre dos 13 participantes. Goiânia, 2020.

Usuários	Sexo	Idade	Cor ou raça	Estado civil	Escolaridade	Profissão	Ocupação atual	Renda mensal declarada	Tempo de uso do crack	Moradia atual	Já viveu em situação de rua
U 1	Masc.	49 anos	Parda	União estável	Fund. Completo	Montador	Pedreiro	R\$ 2.100,00	23 anos	Alugada	Sim
U 3	Masc.	46 anos	Parda	Casado	Fund. Incompleto	Pedreiro	Não exerce	R\$ 89,00 (Benefício assistencial ¹)	10 anos	Situação de rua	Sim
U 8	Masc.	39 anos	Parda	Solteiro	Fund. Incompleto	Não exerce	Não exerce	R\$ 89,00 (Benefício assistencial)	21 anos	Situação de rua	Sim
U 9	Masc.	39 anos	Preta (Quilombola)	Solteiro	Fund. Incompleto	Serralheiro	Não exerce	Não tem	2 anos	Cedida	Sim
U 2	Masc.	38 anos	Parda	Solteiro	Fund. Incompleto	Pedreiro	Não exerce	R\$ 998,00 (Benefício assistencial)	6 anos	Situação de rua	Sim
U 11	Masc.	38 anos	Indígena	Solteiro	Fund. Incompleto	Pizzaiolo	Artesão	R\$ 1.500,00	12 anos	Situação de rua	Sim
U 10	Masc.	33 anos	Parda	Solteiro	Fund. Incompleto	Servente de pedreiro	Não exerce	Não tem	15 anos	Situação de rua	Sim
U 13	Masc.	31 anos	Parda	União estável	Fund. Incompleto	Operador de máquinas	Servente de pedreiro	R\$ 1.400,00	13 anos	Situação de rua	Sim
U 6	Masc.	28 anos	Parda	Solteiro	Fund. Incompleto	Pintor	Não exerce	R\$ 89,00 (Benefício assistencial)	13 anos	Situação de rua	Sim
U 7	Masc.	27 anos	Branca	Solteiro	Fund. Incompleto	Vendedor	Não exerce	Não tem	13 anos	Situação de rua	Sim
U 12	Masc.	25 anos	Parda	Solteiro	Fund. Incompleto	Lavador de carros	Lavador de carros	R\$ 500,00	7 anos	Situação de rua	Sim
U 4	Masc.	23 anos	Parda	Solteiro	Médio Incompleto	Não tem	Não exerce	Não tem	4 anos	Casa própria	Sim
U 5	Fem.	23 anos	Preta	Solteira	Fund. Incompleto	Não tem	Não exerce	Não tem	3 anos	Alugada	Não

¹Benefício assistencial, bolsa família, destinado a famílias em situação de extrema pobreza com renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa. <http://mds.gov.br/acesso-a-informacao/perguntas-frequentes/bolsa-familia/beneficios/beneficiario/beneficio-de-superacao-da-extrema-pobreza>

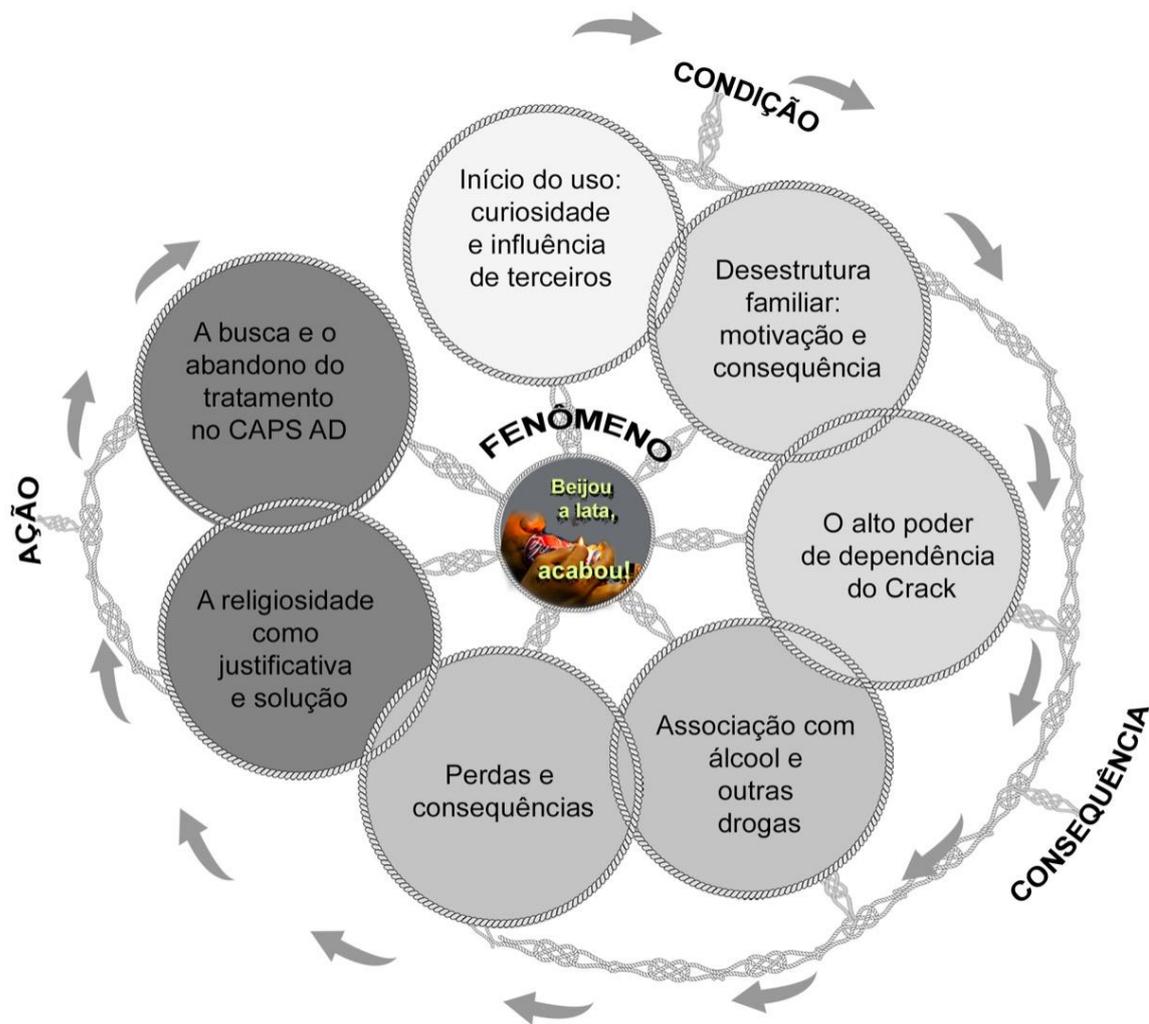
6.2 Modelo teórico

Durante o processo de análise das entrevistas foi possível identificar sete categorias que representam o tema estudado.

Na sequência estão as categorias: 1) Descrevendo as experiências do início uso do crack; 2) “Beijou a lata acabou!”: o poder da droga; 3) A desestrutura familiar e o uso do crack; 4) O crack acompanhado por outras drogas; 5) Percebendo os efeitos e consequências gerados pelo abuso do crack; 6) Associando o poder do vício ao demônio e agarrando-se a fé para se libertar; 7) A busca e o abandono do tratamento no CAPS AD.

Também foi construído um esquema visual (representação esquemática) do modelo teórico, que possibilita transparecer a complexidade, os entrelaces e os acontecimentos encontrados no material analisado (Figura 2).

FIGURA 2: Representação esquemática do modelo teórico.



Fonte: autoria própria.

A teoria condicional/consequencial de Corbin e Strauss orientou a construção do modelo teórico acima.

No modelo construído, cada círculo representa uma categoria extraída da análise dos dados obtidos, estes círculos estão entrelaçados demonstrando a relação de uma categoria com a outra. Eles estão diferenciados também pela coloração, iniciando com um tom mais claro progredindo para o mais escuro, representando a evolução dos acontecimentos. A figura central (Beijou a lata, acabou!) representa o fenômeno central em torno do qual diversos eventos se desenvolvem. As correntes simbolizam as linhas de conectividade, o entrelace entre as categorias e as situações vivenciadas pelos usuários. Cada pequena

seta simboliza os treze participantes. Foi idealizado como um círculo aberto, com o intuito de demonstrar que o fenômeno é cíclico.

As condições, apontadas pelos participantes como causadoras do início do uso foram a curiosidade, a influência de terceiros e a disfunção da organização familiar, que estão relacionadas às consequências. Dentre as consequências descritas estão: o consumo desenfreado e associado a outras substâncias; o alto poder de destruição (degradação pessoal); a fragilidade familiar (aqui ela aparece após o início do consumo do crack); o isolamento social; a discriminação e o preconceito; as perdas financeiras; o envolvimento com a criminalidade.

Dentre as barreiras apontadas pelos participantes ao processo da busca e permanência no tratamento estão: a vergonha de sua autoimagem, o fácil acesso à droga e questões emocionais.

Na sequência está a apresentação das categorias e falas que ilustram cada uma.

Descrevendo as experiências do início uso do crack

O relato dos participantes é repleto de termos e expressões muito específicas do contexto de abuso de drogas. Quanto às descrições sobre o início do uso do crack, eles mencionaram dois aspectos recorrentes que motivaram as primeiras experimentações: a curiosidade e a influência de terceiros, seja de familiares ou de amigos. A curiosidade por vezes era nutrida por perceberem os efeitos do consumo do crack em outros indivíduos, eles acreditavam que a droga era algo espetacular, já que despertava tanta fissura para continuar usando intensamente.

Em alguns casos o primeiro contato foi por meio do comércio e tráfico da droga, com a intenção de obter dinheiro fácil e rápido, mas a relação próxima com a substância culminou também na curiosidade e na experimentação. Antes de iniciarem o uso do crack os participantes já eram viciados em outras substâncias, como o tabaco, a bebida alcoólica, a maconha ou a cocaína em pó.

Segundo os participantes o consumo do crack permite experimentar sensações muito prazerosas nunca vivenciadas até então, porém eles apresentaram dificuldade em descrever estas sensações. Dentre os efeitos eles

citam a fissura, a euforia, a loucura, o nervoso, a sensação de estar fora do mundo real, o poder e a coragem. Estes efeitos são muito passageiros, momentâneos e geram a necessidade de consumir mais droga.

“Um belo dia estou num bar e um cara chegou e falou pra mim assim:
- Você já fumou pedra?
Falei: - Mano só mesmo só cervejinha, brawzinho (maconha).
Ele falou assim: - Você não quer experimentar não?
Falei: - Não sei nem como que é isso.
Ele falou: - Não, vamos fazer um jambrado (mistura de maconha ou tabaco com crack que é consumida em forma de cigarro) então.
Aí ele pegou o fumo, fumo normal que faz cigarro, desmanchou o cigarro pegou a pedra desmanchou no meio, comprou uma leda (papel utilizado como invólucro para maconha), embolou, acendeu pra ele ascendeu pra mim e eu fumei. Aí veio aquela loucura! Ou se eu te contar o quê que veio na minha cabeça! Parece que eu não estava no mundo aqui assim...”

U1

“O primeiro uso na verdade foi vendendo, eu peguei pra vender, porque eu vi os meus colegas todos ostentando dinheiro fácil, pessoas traziam coisas caras e vendiam por um preço bem abaixo do preço de mercado, e compensava [...] Pela curiosidade porque os caras chegavam lá numa ânsia, numa fissura tão grande que falei nosso esse negócio deve ser bom demais, deve ser como comer um pernil assado, beber uma coca bem gelada, deve ser gostoso né.[...] Então foi assim pela curiosidade e pela sensação que é muito boa e muito prazerosa, só que infelizmente ela é momentânea, ela é rápida.”

U 2

“Foi no jambrado, foi misturado na maconha.
Na época eu estava bem, estava casado, estava com minha esposa e minha filha. Foi curiosidade e influência de amigos. Na época por um acaso nós fomos em um determinado lugar e eles estavam usando, me incentivaram, e eu já tinha curiosidade acabei usando.”

U 3

“Foi quando eu andava com minha tia, a minha mãe me colocou pra fora de casa, morava na roça aí ...
Ela me mandou pra fora de casa eu fiquei um tempo na rua, aí comecei a andar com ela e comecei a desandar.”

U 4

“Já tinha visto muitas pessoas usar, porém não tinha conhecimento. Eu tive uma frustração com um relacionamento, e coloquei na minha cabeça que iria vender droga, para matar ela. Comprar uma arma porque eu queria matar ela. [...] Com dois meses que estava naquele ambiente, em uma casa que eu só saía pra fazer alguma coisa, fazer maldade ou algo relacionado, aí eu voltava e continuava usando a cocaína.

Com o tempo a cocaína não estava fazendo mais efeito, foi então que me deu curiosidade para experimentar o crack e não consegui mais parar, só consegui dar uma pausa. Foi aí que comecei a usar ele.”

U 5

“Com meus 13 a 14 anos eu comecei a usar tiner e cola, depois conheci a maconha, ainda conseguia estudar, tudo bem tranquilo, aos meus 15

anos eu conheci o crack. Aí foi indo já não conseguia estudar mais, não conseguia ganhar mais dinheiro porque, meu pai sempre me dava um trocadinho e ele foi desconfiando e acabou não me dando mais esse dinheiro.

Aí comecei a entrar no lado errado, tudo começou na escola, foi lá que aprendi a fumar maconha com meus colegas, nós pulávamos o muro ia fumar maconha, fumar cigarro, depois de um tempo eu aprendi a fumar o crack com meu primo que infelizmente faleceu, ele foi matado.”

U 7

“Na primeira vez na verdade não foi o crack que eu usei, foi a merla porque antes não tinha o crack, mas da merla a gente fazia o crack que era uma pasta, uma substância que vinha em uma lata tipo de vaselina, que parecia uma pasta tipo um creme dental que a gente cortava em quatro partes e jogava em uma colher e colocava fogo em baixo, ela virava um liquido e ia passando no dedo e soprando e ela ia ficando durinha no seu dedo ai depois raspava e ela virava pedra. Foi aí que começou a surgir a pedra através da merla porque antes não tinha o crack. Eu conheci o crack com 17 anos e viciiei, eu já era viciado na merla que a gente fumava tanto ela na pedra ou misturada com cigarro e maconha enrolada em um papel.”

U 8

“Beijou a lata, acabou!”: o poder da droga

Essa categoria recebeu este título baseado em um termo *in vivo*, e demonstra como os participantes identificam e descrevem o alto poder de dependência que o crack apresenta. Alguns relatam que a partir do primeiro uso já se sentiam dependentes. Relataram que a droga gera uma sensação de poder e autoconfiança intensa, trazendo a ilusão de que serão capazes de conseguir qualquer coisa. Segundo eles, as sensações experimentadas com o crack são únicas (e de difícil descrição), as outras drogas passam a não satisfazer e não são suficientes para gerar o mesmo prazer que o crack oferece.

Segundo alguns participantes o prazer gerado pela substância é tão intenso que supera qualquer outra coisa, até mesmo o prazer sexual. Para manter essa sensação tão intensa eles são capazes de qualquer coisa para obter a droga. Eles passam a ludibriar, persuadir, pedir, enganar e até mesmo roubar para obter a droga.

“Eu comecei a usar na lata, fumar a pedra na lata, porque vicia, porque beijou a lata acabou.

Beijou a lata pode ser quem for não dá conta, porque o gosto o sabor dela, te dá poder, te dá poder mas é aquele poder enganoso, aquele poder que você fala assim nossa eu posso todas as coisa.

E pode! você consegue! eu consigo chegar em você e te manguear (pedir, convencer), as vezes se você tiver 100 reais consigo pegar até 50, manguendo não é roubando não.

Aí o que acontece, eu comecei a aprender uma coisa que não era do meu feitio, não era não, eu trabalho ganho o meu dinheiro, eu faço a minha luta, o meu corre né.

Aí eu comecei a observa aquilo, falei meu deus o que tá acontecendo comigo!

Eu não estava gostando da maconha, a maconha não estava fazendo mais efeito, era só o crack, só o crack, eu comecei a vender os trem de casa, furadeira...”

U 1

Eu comecei de uma forma mais fraca que é o enrolado, que você amassa ele e mistura um pouco no cigarro, dichava (triturar com a mão) a maconha no meio e enrola como se fosse um cigarro e fuma. Só que aí já procurei maneiras de pegar ela mais sintética, mais forte, que era fumar ela em cima de uma cinza, em cima de uma lata ela já é mais potente. “

U 2

“- Bora lá usar.

Nós pegamos e foi...

Foi a minha primeira vez, aí comecei a fumar aquele trem!

Aquela sensação de medo, adrenalina e só querendo mais. Eu fumei os 50 reais, só dava vontade de querer mais e mais.

Eu fui pra rua, tipo assim pro corre, como o povo fala, comecei a pedir, eu comecei a pedir depois comecei a roubar também, porque esse trem do crack traz muitas coisas erradas pra gente, a roubar é muitas coisas... É complicado... O crack é difícil.”

U 6

“A sensação não tem explicação não, ela é mil vezes mais, um milhão de vezes mais prazeroso do que qualquer coisa, do que uma mulher...Como se estivesse flutuando em outra dimensão.

É o mesmo que tivesse uma coisa na sua cabeça... Parece que a coisa implanta dentro do cérebro.”

U 11

O uso do crack e a fragilidade familiar

Em diversas entrevistas é perceptível uma organização familiar disfuncional, muitos dos participantes iniciaram o uso de substâncias psicoativas na adolescência. Há relatos de uso de drogas entre outros membros da família, como irmão, tia e primos. Em muitos casos o próprio familiar apresentou a droga.

Por outro lado, nota-se a que disfunção familiar acontece após o uso abusivo do crack, sendo causada pelas atitudes do usuário. O vício gera conflitos e frustrações em ambas as partes. Entres as causas apontadas como motivadoras dos conflitos estão os furtos, desconfianças, descontrole financeiro, irresponsabilidade e desrespeito. Apesar de ficarem decepcionados com o abandono familiar que acontece, também compreendem que foram suas atitudes que motivaram o afastamento dos familiares.

“A primeira vez que usei o crack foi quando eu andava com minha tia, a minha mãe me colocou pra fora de casa. Ela me mandou pra fora de casa eu fiquei um tempo na rua, aí comecei a andar com minha tia e comecei a desandar. [...]

Quando eu comecei a usar passava mal, me dava dor de cabeça e febre, depois eu acho que o meu organismo foi acostumando. Minha tia ia pra casa dos traficantes e eu ia junto, levavam a gente pro motel e fazia a maior...

Aí começava a passar mal com cachaça, davam droga para os outros, depois eu comecei a acostumar.”

U 4

“Comecei a entrar no lado errado, tudo começou na escola, foi lá que aprendi a fumar maconha com meus colegas nós pulávamos o muro ia fumar maconha, fumar cigarro, depois de um tempo eu aprendi a fumar o crack com meu primo que infelizmente faleceu, ele foi matado. Depois que eu comecei a usar o crack eu realmente fui acabar no fundo do poço, porque eu comecei a roubar dentro de casa, roubar na rua, fui preso várias vezes, mas desde os meus 15 anos, estou com 26, eu estou na luta correndo atrás pra que eu possa largar o crack. [...] Meu avô viu que não tinha mais jeito, chegou ao ponto que meu avô chorou e teve que me pedir pra ir embora. Fui morar com minha mãe e aconteceu do mesmo jeito, aprontei e fui embora, fui para minha avó e fiz a mesma coisa. As pessoas que mais me amam, que mais gostam de mim choram e sofrem porque não podem me ajudar.”

U7

“Eu e meu primo criados juntos, sempre tivemos contato com droga e bebida, ninguém nunca nos segurou quanto a isso. Fomos criados soltos, ele vendia a droga, usava a droga, mas não fumava o crack, só cheirava cocaína e fumava maconha. [...] E eu voltei a fumar o crack, depois que sai da cadeia tem três meses, e ele pedia dia e noite para eu parar, me pedia chorando para sair dessa vida e eu continuei na mesma vida, e acabou que ele foi morto, assassinado.”

U5

“Foi depois que minha mãe separou do meu pai, aí ficou mais tenso, a minha mãe veio embora pra cá e eu fui embora pra casa do meu pai em outra cidade, chegou lá em vez de melhorar ficou foi pior, fui embora pra casa da minha vó, no entanto nesse tempo eu fumava. Só que não era todos os dias, era raramente eu fumar, fumava uma maconha mesmo de boa, aí eu fui embora pra casa da minha vó, depois que eu fui pra lá desandou tudo. [...] Acho que minha mãe desgostou tanto de lutar comigo. Desgosta! Qual a mãe vai querer ver o filho usando droga? Nenhuma, não tem essa no mundo que quer. Eu também não tiro a razão dela não, o errado foi eu e ela me avisava, me dava conselho, eu que fui burro e não escutei. É assim! Agora tem que pagar o preço!”

U 12

“A sensação é Inesquecível!

Nossa Senhora o trem é tão disgramado, que nem eu sei falar mesmo. Sei que ela veio foi pra detonar mesmo, destruir família e tudo mais. Eu tinha família, minha mãe morreu eu acho que ela morreu de desgosto, foi de tanto lutar, de ajoelhar por nós, rezar, orar, fazer tudo. Perdi um irmão por causa crack sabe e eu estou tentando só que por enquanto eu estou dando um tempo sabe eu procurei essa unidade aqui, pra ver se me levanto mais um pouco.”

U 11

“Eu perdi minha família, perdi um casamento de quatorze anos, tenho uma filha de treze anos também, perdi amigos, perdi trabalho. A pessoa perde a responsabilidade, não tem mais responsabilidade no trabalho, não tem responsabilidade social, não tem respeito com as pessoas.”

U3

“Meu passado me condena, quando eu começava a fazer uso minha família já pensava, vai começar tudo de novo. Então já começava as intrigas e desavenças, bater de frente, era aonde ia pra rua, deixava uma parte do dinheiro que eu recebia pra minha mãe, pegava a outra parte e ia pra rua.”

U 2

“Minha mãe morreu de acidente de carro...
Meu pai me jogou para as cobras, porque ele cansou, porque quando você leva uma vida dessa...
Não vale a pena você ficar lutando, lutando pelo o filho, ele descrençou, jogou para as cobras, entende?”

U 6

O crack acompanhado por outras drogas

Como citado na primeira categoria, outras drogas são apontadas como porta de entrada para o uso do crack, mas além desta perspectiva há também a utilização principalmente do álcool para reduzir ou minimizar os efeitos indesejados do crack.

O momento de prazer que a droga oferece é passageiro, em alguns relatos os usuários afirmam que dura poucos segundos, ficando apenas o desconforto após o uso. Para reduzir a agitação e a fissura que são consequências da droga, eles utilizam a bebida alcoólica.

O álcool aparece em alguns momentos como um gatilho para o uso do crack, mas em outros momentos o crack é utilizado para aumentar a ingestão da bebida (a agitação que o crack causa permite beber ainda mais). Os usuários descrevem este consumo como um ciclo, onde consomem o crack e o álcool, para tirar os melhores efeitos um do outro. Na fala de um dos participantes esta forma de consumo é descrita como uma balança, em que uma droga equilibra a outra. Os usuários de crack associam também outras substâncias, como a maconha e o tabaco durante o uso do crack.

“Quando estou no uso se eu beber me dá uma vontade de fumar o crack, se eu fumar o crack eu quero beber. Porque o crack é forte, aí você toma um gole de uma pinga, por exemplo, toda vez que eu fumava

o crack eu bebia um gole de uma pinga. Faz segurar um pouco a onda, fica mais de boa, corta um pouco do efeito do crack. Você fica mais sossegado, mas mesmo assim tem a vontade de fumar o crack.”

U7

“Ninguém começa diretamente em algo potente, comecei primeiro no clorofórmio que o apelido é loló, depois passei pra cola, depois passei pra maconha, da maconha conheci a merla.

Na época era a merla, que era em uma latinha parecida com uma pasta, você misturava no cigarro e enrolava e fumava e depois o crack. E nesse intermediário da maconha para o crack a bebida, porque um é associado ao outro. Todos os usuários com certeza, ou tem uma trouxinha de maconha no bolso, um carotinho (pequena garrafa de cachaça) no outro bolsa e uma pedra de crack. [...] Durante o dia quando o sol estava muito quente, eu dava preferência mais pra bebida, pra pinga, a pinga pura e cigarro, um atrás do outro. E a noite quando dava depois de cinco horas em diante a cada momento que eu ia manguear que é pedir, na frente de um banco, na rua andando, pela minha situação é até mais fácil, porque as pessoas ficam com dó por eu ser amputado não ter a outra perna eu conseguia arrumar. Então eu ia lá e fazia o uso, então era tranquilo ganhar 40 reais, aí eu já pensava em comprar uma carteira de cigarro, um isqueiro, um carote de pinga e o resto eu pego de crack.”

U 2

“Não vou dizer que eu parei porque tem dias quando eu me embriago muito aí eu tenho que fumar pra poder beber mais, eu fumo uns dois pega, três pega pra eu poder me estabilizar para poder beber mais. Porque o álcool te embriaga e o crack quando você fuma, quando está alcoolizado ele muda seu astral, ele te traz de volta, a cabeça fica na fissura do crack e toma o álcool pra poder se equilibrar e fica essa balança.”

U 8

“Tipo assim eu quando usava, toda vez praticamente eu fumava e já batia aquela vontade de tomar uma, ou então se eu bebesse batia a vontade de fumar, fica uma bola de neve, uma coisa leva a outra é desse jeito.”

U12

Outra droga que foi citada diversas vezes pelos participantes foi a maconha, comumente consumida junto ao crack. Um dos participantes relatou que consome a maconha também para ajudar a controlar o uso do crack e permitir que consiga realizar melhor as suas atividades cotidianas essenciais.

“Se eu ficar só na maconha ela me segura do crack, do álcool, ela me dá mais forças pra almoçar, pra jantar, pra dialogar, o crack não eu fico calado, minha tendência é só ganhar dinheiro, ir no farol ganhar dinheiro, pra gastar com ela.”

U11

Percebendo os efeitos e consequências gerados pelo abuso do crack

Os participantes apontaram diversas consequências e efeitos danosos gerados pelo abuso do crack, entre elas é recorrente o aparecimento da frustração referente às perdas financeiras. Eles perdem praticamente todos os bens materiais em troca da droga e não conseguem se manter em um trabalho com renda. Por vezes retiram insumos e pertences de suas residências ou familiares para trocar pela droga, o resultado da troca é consumido rapidamente e após o efeito se sentem frustrados, mas a vontade e fissura pelo uso falam mais alto.

Afirmam também que não é possível consumir o crack socialmente. O vício se instala rapidamente, com a dependência da droga eles não conseguem trabalhar e nem mesmo transitar entre pessoas que não são usuários. Eles vivenciam a discriminação e desconfiança por parte das pessoas.

“Pra quem usa crack a sensação é melhor, mas a cocaína é mais social, você vai no banheiro da distribuidora, no bar, numa festa dá um teco ali, agora se você for usar o crack ninguém gosta do crack, discriminado o crack, ninguém gosta de craqueado (usuário de crack), não tem confiança, ninguém confia em um craqueado não.”

U 10

“Com o crack você manipula, você mente, você pode às vezes até roubar.

Eu já tirei coisas de dentro de casa, de dentro da minha família pra usar. Quando acabava, chegava e pegava alguma coisa de dentro de casa pra usar. [...] Quando acaba, poxa não tem nem um centavo mais no bolso, e agora o que vou fazer?

Aí eu vou lembrar, tenho isso dentro de casa, tenho um amigo que posso mentir pra ele, falar que estou precisando de um dinheiro pra uma outra coisa e é isso. Mentira! Torna a pessoa manipuladora.”

U 3

“Eu sempre trabalhei. Pra lá é interior né, sempre tem serviço de fazer cerca, roçar pasto, muitas pessoas sempre me chamavam pra trabalhar, porque eu era conhecido lá e o povo me chamava pra trabalhar, aí eu ia. No final de semana aquele dinheirinho ia tudo pra cachaça e o crack.”

U 13

“Já trabalhei, dos 15 até os 18 anos eu trabalhei, só que todo meu dinheiro ia pra esse trem, trabalhava, ralava, suava, suava e até hoje, hoje não porque eu estou aqui mas quando eu estava na rua ainda eu puxava carrinho, catava papelão, trabalhava e trabalhava, suava, era um dinheiro suado, mas pra você ver pra ganhar ele era difícil, mas pra você queimar ele que nem o povo fala é rápido, você mata de subir essa subidona aí.”

U 6

“O crack a primeira coisa que ele atinge na pessoa é o controle financeiro, porque você perde o controle totalmente. Porque você quer, você quer e você quer, então o dinheiro é pouco. Já vi pessoas falarem

que já fumaram apartamento, carro, moto. Eu mesmo já fumei uma moto minha, peguei tudo em droga, uma moto CG 125, se eu peguei muito dinheiro foi só 400 reais em dinheiro, o resto foi tudo em droga, maconha e crack.”

U 2

“O crack me trouxe muita derrota, muitas percas financeiras, emprego, família, perca do meu lar, perca de amigos, perca de confiança. Foi quando eu refleti nesses cinco meses atrás que não estava me trazendo benefício nenhum, então eu diminuí.”

U 8

Diversos participantes relataram experiências de desvios de conduta pelo uso do crack e devido a fissura, descrevem que em muitos momentos sentem a necessidade de roubar, mentir ou dissimular para suprir o desejo de obter a droga. Fazem de tudo no momento de fissura. Além de relatarem também a agressividade que é resultado do efeito da droga.

Mas estou bem melhor desde quando eu comecei porque quando eu comecei não tinha expectativa de parar, porque eu lembro que meu pai me deu uma bicicleta no mesmo dia eu vendi pra usar a droga, aí depois disso ele não me dava mais nada e foi onde entrei no mundo onde eu traficava, fui preso várias vezes quando eu era de menor, já levei até facada na rua.

U7

“E perdi a mulher que eu amo, que eu sou homossexual, e perdi ela por mentir demais, por roubar inclusive dela, então eu perdi a confiança de todo mundo, você perde muita a confiança ninguém confia em você, entra dentro de uma casa a pessoa fica perto de você, mas não por estar próximo de ti mas para te vigiar, pra ver se você vai mexer em alguma coisa.

A desconfiança é triste, dói, nada te dói mais do que o desprezo e a desconfiança, então acho que um usuário de crack ele é mais sofredor do que um morador de rua, porque o morador de rua sempre vai ser acolhido e o usuário de crack não, sempre vai ter uma desconfiança, ninguém nunca acredita nem na melhoria, quem dirá que não vai entrar na sua casa e te roubar... E é isso, perdi muitas coisas.”

U 5

Alguns usuários falaram sobre a dificuldade por não ter um local onde possam ficar após concluir o tratamento, assim acabam voltando ao uso da droga por estarem em situação de rua. A rua é o único recurso, para aqueles que não conseguem conviver com a família ou não tem familiares. Evidenciando a falta de articulação com a rede de cuidado intersetorial, deixando o usuário sem suporte social que possibilite ter acesso a habitação, emprego, educação e cultura.

“Eu creio que quando a pessoa terminasse o tratamento ele teria que ter, principalmente para os moradores de rua, teria que ter um lugar que ele foce e que não ficasse vulnerável na rua. A pessoa sai daqui conclui o tratamento e pra onde que ele vai, vai voltar pra rua. O que acontece? Ali na esquina já tem gente bebendo, já tem gente drogando.

Ô fulano tudo bem? Faça o favor aqui, tal... Vamos tomar uma, vamos fumar um baseado, vamos dar uma paulada aqui e tal...

Teria que ter um lugar pra que a pessoas tivesse tempo pra ressocializar. E aqui não tem! Eu creio que deveria ter esse lugar, porque quatorze dias é um tempo muito curto pra desintoxicação, a pessoa não precisa de desintoxicar só fisicamente, a pessoa precisa de desintoxicar interiormente também. Teria que ter um acompanhamento psicológico, teria que ter uma capacitação profissional.”

U 3

“A gente também não é santo né, a gente fica nessa vida aí, o povo começa a desconfiar da gente, você entende né?

Porque ninguém é santo nesse mundo, ninguém é certinho... Portanto, eu vim pra rua pra evitar arrumar problemas lá em casa, porque eles não merecem sofrer, comigo lá dentro usando droga. Mas do mesmo jeito eles estão sofrendo, porque estou na rua, sofrendo até pior, você não acha? Ficam preocupados, não sabe onde estou, tem 6 meses que não vou lá na casa deles. Preocupa né, não sei, mas preocupa!”

U 6

Durante as entrevistas a violência apareceu em diversos momentos, tanto praticada pelo usuário, quanto sofrida. Houve relatos de agressões e violências sofridas sem a menor motivação, apenas pela presença física do usuário incomodar a população do local frequentado.

“A polícia bate de mais no morados de rua, é como se fosse uma praga aos olhos deles. No centro da cidade ou uma praça onde as pessoas se encontram tem igreja e o pessoal usa desses movimentos pra vigiar carro, sabendo que aquele dinheiro todo está indo pra consumo de droga, então eles não têm dó, quando é o plantão de alguns lá os nego até some da rua, porque bate e bate mesmo. Eu mesmo uma vez cheguei em casa tirei minha camisa minha mãe chorou. Filho você não precisa disso, pra que isso, eu não pari filho pra uma situação dessa não, olha as suas costas como está. Só os vergão um pedaço de pau dessa grossura desse tamanho e batia assim que o bicho chega vinha ventando, até escutava o barulho assobiando, os cara colocava toda a força que tinha no braço, no corpo, parecendo um rebatedor de beisebol. “

U 2

“A pessoa que usa pedra qualquer coisinha aborrece. Aí é a hora que acontece morte, as vezes mata também. O noiado (usuário de crack) é assim, eu chego e falo essa caneta aqui você poderia me dar ela, nossa eu gostei dessa caneta, aí você fala a não isso aqui é relíquia que eu tenho, uai mais por que você não quer me dar essa caneta? Você não tem dinheiro pra comprar outra não? Aí começa aquele atrito, aquela coisa e vai virando uma bola de neve, aí quando é fé é tijolo pra um lado é pedrada para outro.

Eu cansei de pacificar briga por causa de guimba (pequena ponta que sobra do cigarro) de cigarro. Porque guimba de cigarro pra quem fuma pedra nossa senhora, não tem melhor não.”

U 1

Também apareceram relatos de violências sofridas pelos usuários no ambiente de tráfico, onde o crime é tratado com normalidade. Neste mesmo relato o participante afirma sofrer um conflito, pois tem medo de sofrer consequências ao enfrentar o traficante, mas o desejo de usar a droga é maior do que o medo do risco de morte.

“Cansei... Cansa... Risco todos os dias de morrer, de um chegar e matar, trabalhando na biqueira dos outros. O patrão sai deixa a droga na mão da gente, a gente olha doido pra fumar e não pode fumar, porque se fumar o cara chega e mete bala e se não tiver dinheiro... Muitas vezes quando acha um cara que tem bom senso ele chega e fala:

- Não moleque, faz assim, vai lá rouba e traz meu dinheiro.

Tem uns caras que não faz desse jeito, não está com o dinheiro na mão, mete bala, é desse modelo que eles fazem, desse jeito, cansei.”

U 12

Associando o poder do vício ao demônio e agarrando-se a fé para se libertar

As crenças religiosas e a fé apareceram em duas perspectivas, para justificar o alto poder de causar dependência da substância e como forma de tratar o vício. Alguns participantes se apegam a religiosidade para justificar a dificuldade em abandonar o crack, por vezes até atribuem o vício a uma força maligna.

Segundo alguns entrevistados, abandonar o vício só será possível com ajuda Divina, por ser uma droga muito potente.

“É uma droga do capeta mesmo, não tem. Muito estranho mesmo!
Em uma casa de recuperação o pastor falou uma vez assim: Jesus falou para Pedro e perguntou três vezes se Pedro amava a Jesus e Pedro disse que sim. Pedro é em cima disso que vou construir minha igreja. O nome de Pedro significa pedra e eu acho que o capeta ficou com ciúmes e criou uma pedra também, é uma brincadeira sem graça sabe. [...] Quando a pessoa dá uma puxada no crack, ali abre um portal demoníaco, que a pessoa vê coisas, ouve coisas, tem mania de perseguição, eu acredito que a gente entra em coma, porque eu já tive essa experiência. Eu acredito em DEUS, estou aqui por milagre de Deus mesmo, porque a gente é corpo alma e espírito. Eu acredito no bem e no mal, nas luzes e nas trevas, eu acredito que quando a pessoa

faz uso disso ela é capaz de coisas que no normal dela não faria jamais.”

U2

“Você já ouviu falar daquela hóstia? Aquela que a gente põe na língua na igreja? o diabo invejou de Deus, porque é um anjo, o diabo é um anjo, pra criar malefício aí ele pegou e criou essa pedra pra pessoa pegar vicia nesse trem.”

U1

“A primeira sempre vem de graça, só pra ver o cara desandar, pro cara voltar pro corre de novo. Traficante é bicho do capeta, não é coisa de Deus não, eles veem o cara de boa, sabe que o cara era do corre e tal, fazia os trens, corria atrás mesmo, muitas vezes jogava na mão da gente pra ir roubar, na hora que vê que o cara está de boa, caminhando pelo certo vai lá e desanda o cara, entra na mente do cara e desanda mesmo. [...] O bagulho é doido! Tem horas que dá um trem na cabeça da gente, o cara que não tiver a mente boa ele fica doido. Moço do céu...Pelo amor de Deus... Acho que é coisa do cão mesmo.”

U12

“Às vezes muitas pessoas não veem ainda que estão no fundo do poço. Não veem que não tem mais jeito, o único jeito é Deus e um tratamento. Tem pessoas que são muito orgulhosas, acho que a pessoa só cai na real que ela precisa mesmo quando ela leva uma facada ou quando é presa.”

U7

“Eu disse que não quero morrer no cachimbo! Estou lutando e vou lutar até... Estou respirando ainda, eu vou lutar, pode ser que morra ainda no cachimbo não sei, mas peço a Deus que não. Deus tem q ter misericórdia de mim porque foram muitos anos de droga.”

U 10

A busca e o abandono do tratamento no CAPS AD

Os participantes foram indagados sobre a dificuldade em buscar e em manter o tratamento no CAPS AD. Emergiram questões como a vergonha que os usuários têm da sua própria imagem e o fácil acesso a droga, seja pela grande oferta nas ruas ou pelo baixo preço.

“A dificuldade de ir procurar o tratamento é mais pela vergonha, você se olhar no espelho, você se olhar carnalmente, se olhar dá pra você ver uma grande diferença entre você que é usuário de crack e uma pessoa que é normal. é muito visível as pessoas te discriminam só te olhar, só de chegar perto elas acham que vão te roubar, vão te fazer maldade, então em si ele já é muito discriminado. E prevalecer no tratamento a fissura que é demais porque não é uma coisa que você consegue ficar horas sem usar é uma coisa que quanto mais você usa,

mais você quer usar, é questão de 2 segundos que vem a lombrá, a loucura, é muito pouco é mínima então se não for uma atrás da outra não faz efeito, a dificuldade nossa de prosseguir o tratamento é essa pelo fato da fissura ser muito grande, porque uma só não faz o efeito tem que ser várias, uma atrás da outra consequentemente.”

U 5

“Porque o crack é mais fácil...O acesso dele é mais fácil porque você pode passar em qualquer esquina, qualquer lugar, bairro tem alguém oferecendo o crack então é fácil, a gente que é usuário não podemos nem ouvir, mesmo que você não tenha dinheiro eles falam toma e experimenta, já dá um experimento pra você e já fuma fica eufórico e já sai correndo, e você vai fazer a correria pedir dinheiro, roubar, vai pra sua casa pedir dinheiro pra sua mãe, pra um amigo emprestado então fica um acesso muito fácil por isso que é mais difícil o crack, já a cocaína não é mais cara uma pedrinha de crack é 10 reais a cocaína você não compra com menos de 20 reais que o mínimo.”

U 8

Os usuários descrevem o momento que perceberam já não suportar as consequências que o crack trouxe para suas vidas e então viram que necessitavam de ajuda e tratamento para abandonar aquela situação.

Entre as percepções aparecem questões como o sentimento de solidão, abandono e desprezo.

“O que me fez cair em si foi o sofrimento, o sentimento de abandono, desprezo, aquelas pessoas que passam e te olham com olhar de nojo e desprezo, aquelas pessoas que as vezes você está em um lugar elas cortam volta lá do outro lado da rua, quando você olha pra trás elas voltaram para o mesmo lado da rua só pra não passar do seu lado. As vezes com medo de você pedir ou de roubar, ou por imaginar que você está fedendo tanto que eles não querem sentir o mau cheiro, não sei... Foi isso que me levou a me tratar e porque eu quero ter ambição, eu tenho sonhos, eu tenho coisas que ainda quero conquistar, que eu ainda quero fazer, eu quero ter um legado também.”

U 2

“Eu cheiro cocaína desde os 16 anos de idade, minha mãe usa, meu pai é o único da família que não usa praticamente, meu irmão usa inclusive deu meningite provocada pelo o uso de droga.

E assim, a cocaína foi um vício que dá para controlar, dá pra viver a vida usando diariamente. E ali eu conseguia trabalhar, fazer algumas outras coisas, para sustentar meu vício, acabou que eu comecei a vender drogas e eu comecei a não dar conta de controlar meu vício da droga e nem controlar o dinheiro que entrava e que saía. Eu já não conseguia colocar a pedra em cima do cachimbo.

Foi quando eu procurei o CAPS, voltei pra casa e não consegui mais controlar, foi quando eu comecei a roubar do meu pai, ele tem uma casa de dança e comecei a roubar dele, pegava dinheiro dele, pegava maço de cigarro, não podia ver um celular moscando, que pegava e levava pra trocar em droga ou vendia mais caro ou mais barato dependendo da pessoa.”

U 5

A falta de atividade e falta de entretenimento que ocupem a sua mente, foram apontados como dificuldade em manter a abstinência. Querer recuperar a família, o desejo de constituir família e ter uma melhor perspectiva de vida foi a forma de reconhecer que precisava de tratamento de um participante.

“O que dificulta a minha abstinência é eu ficar quieto, parado, sozinho, sem fazer nada, ficar no meio de conversas que não vem a minha pessoa, mas se eu ficar parado eu já começo a pensar e começo a lembrar isso já é um fator de alto risco pra mim, dinheiro também ajuda bastante. [...] Minha perspectiva de vida, voltar ter aquele vínculo familiar. Porque dói um rapaz novo de 15 anos perder o apoio da família, parar na rua é triste... Sonhos que ainda tenho muitos sonhos, casar ter uma esposa, construir minha vida financeira, espiritualmente, trabalhar isso que está me dando forças e Deus também porque estou falando muito com ele pra me ajudar é isso que está me ajudando muito e estou conseguindo.”

U 7

Outro participante atribuiu a dificuldade em buscar tratamento à grande quantidade de substâncias agregadas a droga, fazendo com que a droga fique ainda mais potente, chegando a ser mais atrativa do que a própria cocaína, que seria um produto mais puro. Este mesmo participante atribui o abandono do tratamento a falta de força de vontade e falta de desejo pessoal de cada usuário.

“Por causa da química... Porque pelo o que eu já vivi no meio da malandragem, o crack ele vem do resto da cocaína, e do resto da cocaína a mistura que eles colocam é maior que a cocaína. A cocaína dá uma lombra diferente do que o crack, se você usa o crack e cheira uma cocaína, o cara colocar um quilo de cocaína e um quilo de crack do outro, pedir pra você escolher, você vai escolher do crack... Em vista que o da cocaína é mais caro, mas o cara não quer nem saber dela, vai pegar do crack, é isso que acontece. [...] Porque não tem opinião! Porque quer viver naquela vida, não quer sair, se quisesse estava aí, se quisesse sair não pedia pra abrir o portão e ir embora de madrugada doido atrás de droga, se quisesse alguma coisa na vida estava aqui. Se quisesse alguma coisa na vida tinha feito como eu, fiz chamei o povo e pedi pra ficar.”

U 12

Um dos participantes apontou que a dificuldade em buscar o tratamento é justificada pela falta de percepção das perdas e consequências trazidas pelo uso, afirmando que só ocorrerá a busca quando acontecer algo muito extremo (devastador).

“Muitas pessoas não veem ainda que estão no fundo do poço, não veem que não tem mais jeito. O único jeito é Deus e um tratamento, e tem pessoas que são muito orgulhosas.

Igual esses filhos de papaizinho, que pai tem dinheiro e família quer internar e eles falam que não precisa disso que para sozinho eles ficam um ou dois dias de boa depois volta na mesma situação. Acho que a pessoa só cai na real que ela precisa mesmo quando ela leva uma facada, quando ela vai presa, ou mais coisas.”

U 7

Entre as dificuldades apontados para realizar o tratamento no CAPS AD, também foi apontada a perda da liberdade. Pois a maioria dos usuários de crack está habituada com uma vida livre, desregrada e sem rotinas. Eles descrevem que o fato de serem submetidos (abruptamente) a diversas rotinas e regras é um empecilho para dar continuidade ao tratamento.

“Porque vai ter que se abster, ele vai ser desprovido da liberdade de ir e vir, de fazer aquele que dá na telha. O morador de rua não tem compromisso com nada nem com ninguém, ele acorda a hora que quer, ele faz o que quer, vai aonde quer, ele usa o que quer e dentro de um tratamento tem normas e tem regras e é difícil pra um usuário aceitar uma regra uma norma. [...] Ele não quer ser ordenado, ele não quer ser comandado, porque na verdade o tratamento é uma questão também de obediência. A pessoa chega e fala olha o remédio e você vai lá e toma o remédio que é para o bem. Eu mesmo da outra vez que eu passei aqui eu na hora que eu deitava, chamavam para o remédio. Aí pergunta isso, pergunta aquilo, aí pergunta se eu mijei, se eu caguei, então talvez isso seja uma abstinência disfarçada de raiva de ignorância, mas felizmente é o que me fez vir dessa vez fazer o tratamento.”

U 2

Alguns participantes ressaltaram que o tratamento no CAPS AD é diferenciado pelo carinho, educação e profissionalismo que os funcionários da unidade dedicam aos usuários, e que esta atitude dos trabalhadores fazem toda a diferença no tratamento.

Houve críticas em relação a continuidade e acompanhamento após o período dos quatorze dias de desintoxicação, em que os usuários ficam em acolhimento noturno. Principalmente para os que estão em situação de rua é um momento de muita preocupação e angústia, por terem que retornar para a rua. Segundo eles o retorno favorece as recaídas. Eles queixaram-se também da falta de atividades profissionalizantes, que possam facilitar a reinserção no mercado de trabalho.

“A frequência no tratamento é muito importante, as palestras, estar participando, estar conversando, estar trocando diálogo, conversando com pessoas que está conseguindo através da medicação, que está conseguindo evoluir. Isso aí incentiva muito. [...] desde que eu conheço a unidade, foram pessoas que sempre dedicaram amor, atenção,

carinho. Nos devolveu a dignidade, nos trataram como gente aqui, nós somos tratados como seres humanos, desde o menor até o maior aqui. A educação das pessoas, isso aí incentiva muito, é muito bom, quando estou aqui me sinto em casa. Me sinto na minha casa, a casa que eu não tenho. A educação dos profissionais, a tenção, então isso aí é muito importante. O ser humano precisa de carinho, todos nós precisamos de carinho, o ser humano precisa de amor, precisa de alguém que ame ele, que acredite nele, que incentive. [...] Eu creio que quando a pessoa terminasse o tratamento ele teria que ter, principalmente para os moradores de rua, teria que ter um lugar que ele foce e que não ficasse vulnerável na rua. A pessoa sai daqui conclui o tratamento e pra onde que ele vai? Vai voltar pra rua! O que acontece? Ali na esquina já tem gente bebendo, já tem gente drogando. Teria que ter um lugar pra que a pessoas tivesse tempo pra ressocializar. E aqui não tem! Eu creio que deveria ter esse lugar, porque quatorze dias é um tempo muito curto pra desintoxicação. A pessoa não precisa de desintoxicar só fisicamente, a pessoa precisa de desintoxicar interiormente também. Teria que ter um acompanhamento psicológico, teria que ter uma capacitação profissional. Teria que ter oficinas. A pessoa sai daqui e aonde ele vai ocupar a mente, o quê que ele vai fazer? Se ninguém acredita nele, a pessoa já conhece ele, sabe que é um drogado, sabe que é uma alcoólatra, quem vai acreditar nessa pessoa? Se não tiver alguém que encaminha ele pra um campo de trabalho, pra um curso profissionalizante.

Eu já penso até minha vida quando eu sair daqui, vai terminar os meus quatorze dias agora semana que vem, aí pra onde que eu vou?

O que vou fazer da minha vida? Eu vou chegar na esquina ali e vou falar meu Deus e agora pra onde que eu vou? Vou pra baixo, vou pra cima, pra onde que eu vou? Não tenho um norte, não tenho uma direção.”

U 3

“Eu falava que o melhor lugar que fiz tratamento foi no CAPS e o no CREDEQ, aqui não tem discriminação eles te aceitam, te acolhe mesmo sabendo de toda situação, sabendo que ali é para apoio. Tem lugar que te discrimina e aqui não, é diferente o atendimento, é melhor, o apoio é melhor, a conscientização é melhor tudo aqui é melhor. Foi bom, consegui ficar 1 ano e 2 meses sem usar, voltei agora tem 3 meses.”

U 5

“Não sei pra onde eu vou, não sei pra onde eu vou depois dos meus 14 dias, não vou pra casa dos meus parentes, vou pra rua de novo e na rua você está sujeito a tudo colega. Eu não falei pra eles que vou pra rua, falei pra eles que vou pra caso meu parente, mas eu vou pra rua de novo. Aí você está sujeito a tudo, a beber, a fumar. Como te falei, a primeira sempre é de graça, porque estava internado já vou chegar...”

U 6

7 DISCUSSÃO

As evidências qualitativas acerca da experiência de usuários de crack: “beijou a lata acabou” representam a complexa realidade social vivenciada por esses indivíduos e o desafio para que as ações promotoras de saúde e de reabilitação dessas pessoas tenham a efetividade esperada. Pode-se verificar que, em geral, essa população têm a percepção dos malefícios que o crack acarreta, desejam abandonar o vício e retomar os planos de vida (literatura). Entretanto, diversos aspectos físicos, sociais e emocionais contribuem para o consumo, dependência e insucesso do tratamento e reabilitação. Além disso, evidenciam questões organizacionais da rede de atenção à saúde que prejudicam a continuidade do cuidado e a transferência de responsabilidades em todo esse processo.

Assim como evidenciado neste estudo, o **consumo inicial** é geralmente determinado por influência social e pela própria curiosidade do usuários (GABATZ *et al.*, 2013, p. 3). Ainda foi notado que, vínculos familiares frágeis e vivência de situações de violência e o consumo de drogas entre os membros da família (BARROS; TUCCI, 2018).

O consumo de drogas por familiares e o contato com outras substâncias como álcool e maconha antes do início do consumo do crack é recorrente. Estudo realizado com adolescentes usuários de crack revelou que os desafios enfrentados estão relacionados aos conflitos familiares, quebra de vínculos, dificuldades de conciliar o acompanhamento aos tratamentos com o trabalho. Outro ponto identificado pela pesquisa foi que, no contexto familiar, existia o uso frequente de variadas drogas, lícitas e ilícitas. Em algumas ocasiões na presença do adolescente (PAULA *et al.*, 2019).

Pesquisa realizada com 657 estudantes da cidade de Leon (Nicarágua), descreveu características do contexto familiar de adolescentes e suas relações com o uso de substâncias psicoativas. Identificou-se que 52% das famílias dos adolescentes apresentaram antecedentes de uso de drogas, sendo a figura paterna a que mais faz uso de substâncias, correspondendo a 43% (GARCIA *et al.*, 2011).

O núcleo familiar desestruturado pode ser visto como um fator de risco para desencadear o uso abusivo de substâncias ilícitas. Percebe-se que a

desestrutura familiar impacta diretamente no uso e no abuso do crack. Em diversos relatos, a apresentação da droga acontece por meio de pessoas com algum grau de parentesco ou pessoas que frequentam o ambiente familiar.

O que deveria ser um ambiente de acolhimento e proteção, passa a ser um local de risco. Por vezes, o uso da droga é uma forma de preencher ou satisfazer as ausências familiares. Mas atribuir toda a responsabilidade na família é um erro, pois outras condições influenciam na inicialização no consumo das drogas, como fatores econômicos, sociais, culturais e macropolíticos (CARAVACA-MORERA; PADILHA, 2015).

Estudo realizado com 50 usuários de substâncias psicoativas em tratamento, identificou entre os fatores de riscos para a recaída a falta de apoio familiar, os conflitos familiares, os sentimentos negativos, o contexto social, a falta de grupos de apoio, a insatisfação com o tratamento e as dificuldades financeiras. Entre os fatores protetivos das recaídas aparecem a religiosidade e grupos de apoio (SILVA *et al.*, 2014).

As consequências do abuso do crack são diversas e em todas as esferas da vida. O envolvimento com situações de violência, delitos e criminalidade faz parte do cotidiano dos usuários. Estas práticas são utilizadas como meio de suprir a necessidade intensa, inconstante e incessante de manter o uso da droga, e como resultado da marginalização social.

O contexto de marginalização, criminalidade e difícil acesso aos serviços de saúde contribui para maior vulnerabilidade dos usuários. Esta população não é inserida nas políticas de seguridade social do Estado, são discriminados e excluídos (TOLEDO *et al.*, 2017, p. 39). A prática de atividades ilícitas foi intimamente relacionada à necessidade de continuar usando a droga, sendo a fissura uma justificativa para a criminalidade. No entanto, os participantes fazem questão de ressaltar que evitam praticar atos ilegais, e tentam manter o vício como pedintes.

Estudo, realizado com 72 pessoas em tratamento, avaliou o histórico de envolvimento recente e fatores associados a violência e criminalidade entre dependentes de crack. A maioria tinha histórico de detenções e esteve recentemente envolvida com violência e atividades ilegais, como roubo, furto, tráfico de drogas e agressões (SINGULANE *et al.*, 2016).

As consequências e perdas ficam mais evidentes quando o consumo passa a ser mais intenso. O usuário prioriza a droga em sua vida, deixa de lado o cuidado da própria saúde, o trabalho, os estudos, o controle financeiro, o convívio familiar e social.

Rapidamente, após o contato inicial com a droga já surgem os prejuízos. Esse fato é demonstrado na pesquisa que buscou compreender os significados do uso nocivo de crack. De tal modo que o consumo, que tem uma percepção inicial de controle pelo usuário, assume silenciosamente outras proporções e causa a incompatibilidade com o trabalho, as relações familiares e sociais. Está ligado diretamente ao descontrole financeiro e relacional, sendo motivo para um uso cada vez mais constante (PEDROSA *et al.*, 2016).

Existe a procura ao tratamento, quando ocorre algum arrependimento. Geralmente é interrompido por desilusões que provocam a recaída. Reinicia-se o consumo incessante por dias seguidos. Após um descanso, volta a tentativa de abstinência (PEDROSA *et al.*, 2016).

É unanimidade entre os participantes da pesquisa que mesmo após diversas tentativas de tratamento e recaídas eles ainda manifestam o desejo de abandonar o vício. Pesquisa realizada com oito usuários de crack concluiu que “os usuários quando em tratamento, esperam em algum momento da vida poder parar com o crack, percebendo que prejudicaram sua vida e, às vezes, a de seus familiares” (GABATZ *et al.*, 2013, p. 6).

Entre as barreiras apontadas para manter a abstinência após a conclusão do tratamento foram citadas, pelos participantes, o fácil acesso à droga, o baixo valor para obtê-la, o retorno para a situação de rua, a dificuldade em conseguir regressar para o mercado de trabalho, a falta de atividades que permitam aprender algum ofício e a falta de apoio.

Estudo realizado com 42 usuários de crack apontou os problemas de relacionamento interpessoal e as frustrações como os aspectos mais citados como desencadeadores de recaídas. Chamando a atenção por não serem causas centradas na substância (ALBUQUERQUE; NAPPO, 2018).

Ao analisar o tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack, um estudo identificou que para os usuários, durante o tratamento é necessário realizar as diferentes atividades terapêuticas, desde aquelas direcionadas à reflexão sobre a dependência, perpassando pela

escolarização e qualificação profissional, até atividades lúdicas e de lazer (ALMEIDA *et al.*, 2018).

O Brasil possui políticas específicas voltadas para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, no entanto ainda precisam ser mais efetivas e colocadas em prática. “As políticas públicas atuais sobre drogas têm avanços significativos, mas ainda não conseguem abranger todas as nuances e complexidade do usuário de crack ou de outras drogas” (ALMEIDA; LUIS, 2017, p. 1).

A mais de vinte anos o Brasil possui políticas específicas direcionadas às drogas, desde então a legislação vem passando por mudanças. Recentemente, em 2019, houveram alterações que trouxeram aspectos que não condizem com a realidade do tratamento e acolhimento ao dependente.

Destacamos a questão do primeiro pressuposto da Política Nacional sobre Drogas. Em seu texto é colocado o objetivo de atingir a construção de uma sociedade livre das drogas e da dependência das substâncias lícitas e ilícitas (BRASIL, 2019b). Mesmo sendo dado como um ideal, o complemento, alteração de normas ou leis deveriam ser pautadas em uma realidade tangível. Levando a reflexão: como o sistema de saúde poderá ofertar tratamento adequado, que atenda às necessidades do seu público, partindo de um pressuposto irreal?

8 CONCLUSÃO

Os relatos dos usuários de crack permitem concluir que o consumo, a dependência e a busca por tratamento fazem parte de um processo condicional/consequencial. Diversas situações individuais, familiares e contextuais se relacionam e contribuem para a manutenção da dependência e o abandono do tratamento. Evidenciando que o fenômeno do abuso do crack está entrelaçado com os problemas sociais, com a criminalidade, com as dificuldades econômicas e com a insuficiência do sistema de saúde.

Demonstrando a relação e a interação entre todas as situações descritas nas categorias e no modelo teórico. Onde não há uma sequência com início, meio e fim, em que o primeiro contato com o crack seria o início e o tratamento o fim do fenômeno em estudo.

Sendo assim as condições, apontadas pelos participantes como causadoras do início do uso foram a curiosidade, a influência de terceiros e a desestrutura familiar, que estão relacionadas as consequências. Dentre as consequências descritas estão: o consumo desenfreado e associado a outras substâncias; o alto poder de destruição (degradação pessoal); a fragilidade do contexto familiar; o isolamento social; a discriminação e o preconceito; as perdas financeiras; o envolvimento com a criminalidade.

Em muitos relatos, o primeiro consumo se deu pelo convívio com cenas de uso do crack ou pela fragilidade familiar, demonstrando que o início de um usuário pode ser visto como o resultado do uso abusivo de outros indivíduos.

Entre as consequências que o abuso do crack gerou, descritas pelos participantes, estão as perdas financeiras, a perda do convívio familiar, o envolvimento em delitos e as situações de violência. Contudo, questões relacionadas a saúde não foram evidenciadas pelos participantes. Mesmo os entrevistados que relataram consumir o crack há mais de vinte anos, as queixas e percepções de consequências giram em torno do aspecto social, excluindo a questão relacionada a uma vida saudável. Evidenciando que o abuso do crack pode ser mais devastador socialmente do que fisicamente na percepção do dependente.

Dentre as barreiras apontadas pelos participantes ao processo da busca e permanência no tratamento estão: a vergonha de sua autoimagem, o fácil acesso a droga e questões emocionais.

O tratamento faz parte do processo de reabilitação e reinserção social, assim como a recaída, o retorno ao abuso da substância e uma nova tentativa de obter apoio. Na busca pelo tratamento para dependência química o usuário enfrenta diversas dificuldades. O processo de reabilitação é desafiador e complexo, por tratar-se de uma droga com efeitos devastadores, de fácil acesso, que causa rápida e intensa dependência.

Os participantes apontaram que o acompanhamento após a conclusão do tratamento, a oferta de oficinas profissionalizantes e unidade de acolhimento para atender quem está em situação de rua, podem aumentar a efetividade do tratamento no CAPS AD. Chama atenção o fato de todos estes apontamentos já estarem previstos no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, porém não estavam em prática.

Evidenciando uma prática muito comum no Brasil, que é o não cumprimento das legislações. O tratamento e a continuidade do cuidado já estão previstos na política nacional, mas o desmonte gradual da atenção à saúde mental faz com que atividades de primeira necessidade deixem de funcionar ou deixem de ser praticadas. O que ocorre seja por falta de verba, por falta de mão de obra, sobrecarga dos trabalhadores, falta de estrutura física adequada ou insumos básicos para o atendimento. Atingindo diretamente na vida dessa população, já discriminada e marginalizada, retirando deles a possibilidade de retomar a dignidade e a saúde física e mental.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R. C. R.; NAPPO, S. A. Razões para a recaída ao consumo de crack. Perspectivas dos usuários. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 67, n. 3, p. 194-200, July 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852018000300194&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 Jan. 2021.

ALMEIDA, C. S.; LUIS, M. A. V. Políticas públicas e o usuário de Crack em tratamento. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 7, 2017. Disponível em:

<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1447/1571>>. Acesso em: 03 Jan. 2021.

ALMEIDA, R. B. F. d. *et al.* O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 22, n. 66, p. 745-756, 2018. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0940>>. Acesso em: 04 Jan. 2021.

ANDREWS, T. *et al.* A metodologia da teoria fundamentada nos dados clássica: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 26, n. 4, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072017000400602&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em: 08 Abr. 2020.

APA. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**.

Porto Alegre: 2014. 8582711832. Disponível em: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>. Acesso em: 09 Nov. 2020.

BAHLS, F. C.; BAHLS, S. Cocaína: origens, passado e presente. **Interação em Psicologia**, 6, n. 2, 2002. Disponível em:

<https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/3305>. Acesso em: 08 Abr. 2020.

BARROS, N. A.; TUCCI, A. M. Percepções dos Usuários de Crack sobre as suas Relações Familiares na Infância e Adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 34, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/vwchHxmzfg7pTt449WqG4Sj/?lang=pt>. Acesso em: 14 Dez. 2020.

BASTOS, F. I. P. M.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Icict/Fiocruz, 2014. Disponível em:

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsoDeCrack.pdf>. Acesso em: 08 Abr. 2020.

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. ICICT/FIOCRUZ, 2017. Disponível em:

https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/34614/1/III%20LNUD_PORTUGU%c3%8aS.pdf. Acesso em: 08 Abr. 2020.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas-Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006.

_____. **CID-10 - Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde.** Departamento de informática do SUS, Brasília, 2008. Disponível em:

<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>. Acesso em: 03/04/2019

_____. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). SAÚDE. Brasília, DF, 2011.

_____. **Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social.** DROGAS. SENAD: 248 p. 2012a. Disponível em: <http://acolhimentoemrede.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Livro-Capacita%C3%A7%C3%A3o-SUS-SUAS.pdf>. Acesso em: 29 Dez. 2020.

_____. **Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012.** Altera, na Tabela de Procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do SUS os atributos dos procedimentos especificados. Brasília, DF, 2012b.

_____. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012.** Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. MINISTRO. Brasília, DF, 2012c.

_____. **LEI Nº 13.840, DE 5 DE JUNHO DE 2019.** Dispõem sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. REPÚBLICA. Brasília, DF, 2019a.

_____. **Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019.** Aprova a Política Nacional sobre Drogas. JURÍDICOS. Brasília, DF, 2019b.

CARAVACA-MORERA, J. A.; PADILHA, M. I. A dinâmica das relações familiares de moradores de rua usuários de crack. **Saúde em debate**, 39, p. 748-759, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JZTfNqMSVbjjSHCJD87CrHM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 Jan. 2021.

CARLINI, E. A. *et al.* **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país.**

SENAD. São Paulo, SP, 2002. Disponível em: <https://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/I-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil-2001.pdf>. Acesso em: 08 Abr. 2020.

CASTRO, R. A. *et al.* Crack: farmacocinética, farmacodinâmica, efeitos clínicos e tóxicos. **Rev Med Minas Gerais**, 25, n. 2, p. 253-259, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758333>. Acesso em: 08 Abr. 2020.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

CHASIN, A. A. M.; LIMA, I. V. Alguns aspectos históricos do uso da coca e da cocaína. **Revista Intertox de Toxicologia, Risco Ambiental e Sociedade**, 1, n. 1, 2008. Disponível em: <http://autores.revistarevinter.com.br/index.php?journal=toxicologia&page=article&op=view&path%5B%5D=4&path%5B%5D=215>. Acesso em: 09 Abr. 2020.

CNS. **RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016**. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF. 2016.

FERNANDES, S. S. *et al.* Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. **Cadernos Saúde Coletiva**, 25, n. 2, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/grK6FP4DKf8CtbRBc558MWh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 Nov. 2020.

FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Rev. bras. psiquiatr**, 23, n. 2, p. 96-99, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/WpZNRHsqk8sMtmWNFSyCx Dz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 Abr. 2020.

GABATZ, R. I. B. *et al.* Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 34, n. 1, p. 140-146, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/Yyckzp7NxdFZCZvFdMbJPzw/?lang=pt>. Acesso em: 14 Dez. 2020.

GALLASSI, A. D. *et al.* Characteristics of clients using a community-based drug treatment service ('CAPS-AD') in Brazil: an exploratory study. **International Journal of Drug Policy**, 31, p. 99-103, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26935220/>. Acesso em: 09 Nov. 2020.

GARCIA, J. J.; PILLON, S. C.; SANTOS, M. A. Relações entre contexto familiar e uso de drogas em adolescentes de ensino médio. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 19, n. SPE, p. 753-761, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/hbRvwqNfxXWJMKNLwXTPN5c/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 Jan. 2021.

GUINDALINI, C. *et al.* Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: do they represent a different group? **BMC Public Health**, 6, n. 1, p. 10, 2006. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-6-10>. Acesso em: 09 Abr. 2020.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, 30, n. 2, p. 96-98, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/JWTrxbKFB5hnMx6sbZDfqp/?lang=pt>. Acesso em: 09 Abr. 2020.

KLEBER, H. D. Epidemic cocaine abuse: America's present, Britain's future? **British Journal of Addiction**, 83, n. 12, p. 1359-1371, 1988. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3266086/>. Acesso em: 09 Abr. 2020.

LARANJEIRA, R. *et al.* **II levantamento nacional de álcool e drogas 2012**. UNIFESP. São Paulo, SP, 2014. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>. Acesso em: 13 Abr. 2020.

NIDA. Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide (Third Edition). **National Institute on Drug Abuse website**, 2018. Disponível em: <https://www.drugabuse.gov/download/675/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition.pdf?v=74dad603627bab89b93193918330c223>. Acesso em: 09 Abr. 2020.

NUNES, G. C.; NASCIMENTO, M. C. D.; ALENCAR, M. A. C. Pesquisa científica: conceitos básicos. **ID On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, 10, n. 29, p. 144-151, 2016. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/390/527>. Acesso em: 09 Abr. 2020.

OMS. **Neurociência do Uso e da Dependência de Substâncias Psicoativas**. 85-7241-666-8. São Paulo, SP, 2006. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42666/9788572416665_por.pdf?sequence=2&isAllowed=y. Acesso em: 11 Abr. 2020.

OPAS. **MI-mhGAP Manual de Intervenções para transtornos mentais, neurológicos e por uso de álcool e outras drogas na rede de atenção básica à saúde**. O978 92 4 154979. Brasília, DF, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49096/9789275719572_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 13 Abr. 2020.

PAULA, M. L.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F. Desafios no cuidado familiar aos adolescentes usuários de crack. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, p. 29, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/3bmCp3zgdGmSr5nfs3DWt6G/?lang=pt>. Acesso em: 18 Dez. 2020.

PEDROSA, S. M. *et al.* The path to crack addiction: perceptions of people under treatment. **Revista brasileira de enfermagem**, 69, n. 5, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/QH66hLRSgw8n9bx47szgSFC/?lang=en>. Acesso em: 03 Jan. 2021.

PETERSON, R. C. HISTORY OF COCAINE. *In*: MONOGRAPH (Ed.). **COCAINE: 1977**. Washington, 1977. v. 13, p. 17-34.

RIBEIRO, J.; SOUZA, F. N.; LOBÃO, C. Saturação da análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados? **Revista Pesquisa Qualitativa**, 6, n. 10, 2018. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/213>. Acesso em: 08 Nov. 2020.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo, SP. Editora Casa Leitura Médica. 2009. Disponível em: https://site.mppr.mp.br/arquivos/File/Projeto_Semear/Drogas_e_Suas_Consequencias/O_Tratamento_do_Usuuario_de_crack.pdf. Acesso em: 09 Abr. 2020.

ROCHA, W. S. *et al.* Concepções dos usuários de crack sobre os fatores que influenciam o uso e a dependência. **SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, 11, n. 3, p. 129-135, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762015000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 09 Abr. 2020.

SCHUCH-GOI, S. B. *et al.* Accumbens volumes are reduced among crack-cocaine users. **Neuroscience letters**, 645, p. 86-89, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28259655/>. Acesso em: 09 Abr. 2020.

SILVA, M. L.; GUIMARÃES, C. F.; SALLES, D. B. Fatores de risco e proteção à recaída na percepção de usuários de substâncias psicoativas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 15, n. 6, p. 1007-1015, 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3301>. Acesso em: 09 Abr. 2020.

SINGULANE, B. A. R.; SILVA, N. B.; SARTES, L. M. A. Histórico e fatores associados à criminalidade e violência entre dependentes de crack. **Psico-USF**, 21, n. 2, p. 395-407, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/X9vrGTXvZ3LZWBQYtBPqDzM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 Abr. 2020.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre, RS. 2008.

TAROZZI, M. **O que é a grounded theory?**: Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis, RJ. Vozes. 2011.

TOLEDO, L.; GÓNGORA, A.; BASTOS, F. I. P. M. À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social—uma revisão narrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22, p. 31-42, 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/fZQzTyFgLGJDwXxTWbYQsVr/abstract/?lang=pt>.
Acesso em: 14 Dez. 2020.

UNODC. World Drug Report 2018. *In*: CRIME (Ed.). Viena, 2018. Disponível em:
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_3_Cocaine.pdf.
Acesso em: 13 Abr. 2020.

WHO. **Neurociências: Consumo e dependência de substâncias psicoativas [Neurosciences: Use and Dependence of Psychoactive Substances]**. 2004. Disponível em:
https://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf.
Acesso em: 14 Abr. 2020.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), da Pesquisa sob o título “perspectivas dos usuários de crack na busca por tratamento no CAPS AD III”. Meu nome é Jayla Siqueira Pinto Martins, sou enfermeira, mestranda no Programa de Atenção à Saúde da PUC Goiás, sob a orientação da Dr^a Maysa Ferreira Martins Ribeiro. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em todas as folhas e em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade da pesquisadora responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins. Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável através do número (62) 98495-9465, ligações a cobrar (se necessárias) ou através do e-mail jaylasiqueira@hotmail.com. Em caso de dúvida sobre a ética aplicada a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, St. Universitário, Goiânia/GO. Funcionamento: das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas de segunda a sexta-feira. O CEP é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinado ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

O motivo que nos leva a propor essa pesquisa é obter maior conhecimento sobre a motivação do usuário de crack em tratar a sua dependência química, com o intuito de propor melhorias e adequações a seu atendimento, visando o tratamento e a redução dos danos trazidos pelo uso da droga.

Tem por objetivo compreender a experiência de usuários de crack quanto a busca e ao abandono do tratamento em um CAPS AD III e identificar os principais pontos que os fazem não concluir o tratamento ou não manter a abstinência.

O procedimento de coleta de dados será através de entrevista semiestruturada, realizada no CAPS AD III Criarte Vida, ocorrerá em ambiente reservado sem interferências exteriores, a entrevista será gravada e terá duração média de 40 minutos.

Riscos: ao participar desta pesquisa você está sujeito ao risco de invasão à sua privacidade; a possibilidade de responder questões que podem te incomodar, tais como experiências ou atos que lhe tragam lembranças desagradáveis; risco a discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; a divulgação de dados confidenciais aqui registrados e de tomar o seu tempo ao responder a entrevista. Assim, pode vir a acarretar transtornos emocionais ou desconfortos em decorrência de sua participação.

Para evitar e/ou reduzir os riscos de sua participação, no momento da entrevista será garantido local reservado, você terá liberdade para não responder questões constrangedoras; serão observados sinais verbais e não verbais de desconforto, caso os apresente a entrevista poderá ser interrompida ou alteração do assunto abordado; será mantida a sua confidencialidade e privacidade, para isto serão adotadas medidas para garantir a não violação e a integridade dos documentos.

Se você sentir qualquer desconforto é assegurado assistência imediata e integral de forma gratuita, para danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios de qualquer natureza para dirimir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa. Para evitar e/ou reduzir os riscos de sua participação.

Benefícios: Esta pesquisa terá como benefício a possibilidade de identificar fatores que podem trazer melhorias ao tratamento de usuários de crack atendidos em CAPS AD III, e também apontar sugestões que aumentem a adesão de novos usuários.

Não há necessidade de identificação, ficando assegurados o sigilo e a privacidade. Caso você se sinta desconfortável por qualquer motivo, poderemos interromper a entrevista a qualquer momento e esta decisão não produzirá qualquer penalização ou prejuízo.

Você poderá solicitar a retirada dos seus dados coletados na pesquisa a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem prejuízo. Os dados coletados serão guardados por, no mínimo 5 anos e após esse período serão encaminhados para reciclagem. Se você sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a indenização.

Você terá total acesso aos resultados da pesquisa, após a conclusão do estudo os resultados serão apresentados no CAPS AD III, por meio de uma apresentação pública previamente agendada e divulgada entre a comunidade e os usuários da unidade.

Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira por sua participação neste estudo, mas caso tenha algum gasto decorrente do mesmo este será ressarcido pela pesquisadora responsável. Adicionalmente, em qualquer etapa do estudo você terá acesso a pesquisadora responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Declaração da Pesquisadora

A pesquisadora responsável por este estudo declara que cumprirá com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que a sua identidade será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Declaração do Participante

Eu, _____
abaixo assinado, discuti com a Enfª Jayla Siqueira Pinto Martins, sobre a minha decisão em participar como voluntário (a) do estudo Compreendendo quais os fatores que motivam usuários de crack a procurar tratamento em um CAPS ADIII. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia integral e gratuita por danos diretos, imediatos ou tardios, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Goiânia, _____, de _____, de 2019.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

<p>Fale um pouco sobre os fatores que dificultam a abstinência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Você já conseguiu ficar sem usar o crack desde que iniciou o uso? - Por quanto tempo já ficou abstinente? - O que você sente quando fica sem o crack? - Como você se comporta quando não está usando?
<ul style="list-style-type: none"> - Em nossa experiência, e os estudos também comprovam, que os usuários têm dificuldade em iniciar o tratamento. Por que você acha que isso acontece? - Essa dificuldade também acontece no tratamento (abandono). Você consegue me ajudar a compreender porque o abandono é tão grande. 	
<p>Conte o que te motivou a procurar tratamento no CAPS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Você poderia descrever os eventos que levaram você a buscar tratamento? - O que contribuiu para você procurar tratamento? - O que dificulta a busca por tratamento? - Como você descreveria a pessoa que você era naquele momento.
<p>Conte um pouco de como foi sua vinda para o CAPS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Como você se sentiu nos primeiros atendimentos? - Houve alguma mudança na sua vida ou cotidiano?
<p>Você já realizou tratamento para dependência química antes?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Onde e como foi o tratamento? - Quantas vezes? - Conte como você chegou a esse tratamento e como você estava naquele momento.
<p>Você já teve recaídas? Por que você acha que elas acontecem?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quantas? Como aconteceu? Em que ambiente você estava? - Houve influência de outras pessoas? - Como você se sente após os episódios de recaída? - Durante esse período você teve algum apoio? - Você retornou ao CAPS? - Como foi seu retorno ao CAPS e como você se sentiu?
<p>O que te ajuda a controlar a vontade de usar o crack?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Você faz alguma coisa que ajude a controlar a vontade? - Tem alguém ou algum lugar que te ajude? - Você acha que a medicação ajuda? - Você usa a medicação após sair do CAPS?
<p>Gostaria de acrescentar alguma coisa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Há alguma coisa sobre a qual você poderia não ter pensado antes e que tenha lhe ocorrido agora durante a entrevista?

	<p>- Há algo mais que você considere importante que eu deva compreender melhor sobre o crack e sobre a busca pelo tratamento?</p> <p>- Há algo que você gostaria de me perguntar?</p>
--	---

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERSPECTIVAS DOS USUÁRIOS DE CRACK NA BUSCA POR TRATAMENTO NO CAPS AD III

Pesquisador: JAYLA SIQUEIRA PINTO MARTINS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 20310919.0.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.594.773

Apresentação do Projeto:

Segundo descreve a pesquisadora o uso de substâncias psicoativas ilícitas está em progressão. De acordo com o Ministério da Justiça (2012, p. 55), 0,3% da população mundial consome cocaína e crack, sendo que 70% destes estão nas Américas. Esta pesquisa se faz necessária, por focar em uma parcela da população que tem pouco acesso a saúde e alto índice de abandono aos tratamentos. Estuda ainda indivíduos que em ocasiões diversas são privados de seus direitos básicos, devido a estigmatização e preconceitos que encontram. Trata-se de estudo exploratório, descritivo, qualitativo que utilizará o referencial metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados. Os participantes serão usuários de crack em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A amostra será intencional e de saturação teórica, com inserção dos usuários de crack que se enquadrarem nos critérios de inclusão. O estudo será realizado no CAPS AD III Criarte Vida. Componente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Neste estudo utilizaremos a entrevista semiestruturada para realizar a coleta de dados. Análise dos dados: A análise dos dados usando o referencial da Teoria Fundamentada nos Dados nos informa como proceder por meio de diretrizes explícitas o que pode ser considerado uma vantagem. De acordo com Andrews (2017, p. 3) a análise dos dados é uma explicação teórica abstrata do que está sendo feito, esta é conceitual, e não interacional. A elaboração de conceitos, a coleta e análise de dados são atividades que estão entrelaçadas. Assim como à escrita de memorandos sobre as categorias. A codificação substantiva, composta por codificação aberta e seletiva, e codificação teórica compõem a estrutura central para

Endereço: Av. Universitária, 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.594.773

o desenvolvimento da análise de dados. Aspectos éticos: O estudo será realizado respeitando todas normas presente na Resolução N° 510 de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, e de acordo com esta resolução é importante reforçar que “a pesquisa em ciências humanas e sociais exige respeito e garantia do pleno exercício dos direitos dos participantes, devendo ser concebida, avaliada e realizada de modo a prever e evitar possíveis danos aos participantes” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). São definidos os seguintes critérios: Inclusão: Usuários de crack que estejam em tratamento no CAPS AD III; aqueles que tenham buscado tratamento de forma espontânea no centro de atenção psicossocial. E como exclusão: Usuários que não estejam orientados no tempo e espaço no momento da entrevista, aqueles que apresentem confusão mental e que estejam em sedação medicamentosa.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora descreve o seguinte objetivo: Compreender a experiência de usuários de crack quanto a busca e ao abandono do tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e identificar os principais pontos que os fazem não concluir o tratamento ou não manter a abstinência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Dentre os possíveis riscos a pesquisadora descreve que a possibilidade de gerar insegurança no participante ao revelar aspectos relacionados ao uso do crack que expõe a sua privacidade, tais como atos ilegais e violência; pode gerar medo de ser discriminado a partir do conteúdo revelado; receio de ter os dados revelados ou divulgados de uma forma que deixe o participante exposto; desconfortos emocionais e ansiedade em revelar/relembrar episódios que foram difíceis para o participante. Como possíveis benefícios aponta que esta pesquisa terá como benefício a possibilidade de aumentar a compreensão sobre a experiência e a perspectiva dos usuários de crack quanto a busca e ao abandono do tratamento, pode possibilitar a construção de estratégias e intervenções que proponham melhorias na unidade de saúde. Com isso, abre caminho para a ampliação do alcance ao tratamento e como consequência a redução do quantitativo de pessoas dependentes da substância ou que estes tenham maior qualidade de vida. Buscamos ainda, por meio das estratégias que serão elencadas através da presente pesquisa, possibilitar a redução de danos físicos, emocionais e sociais ao indivíduo. Poderá assim, verificar a relação direta com a diminuição das evasões e abandonos do tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta apresentada pela pesquisadora aborda uma temática que suscita não somente a

Endereço: Av. Universitária, 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.594.773

identificação dos fatores intervenientes, mas a proposição de estratégias de mudança.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de submissão obrigatória foram apresentados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após realizadas as adequações sugeridas por este comitê, não são observados óbices éticos que impeçam sua realização, sendo a proposta considerada aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.
3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.
4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1418308.pdf	23/09/2019 16:36:33		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_cep.pdf	23/09/2019 16:33:47	JAYLA SIQUEIRA PINTO MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_alterado.docx	23/09/2019 16:07:48	JAYLA SIQUEIRA PINTO MARTINS	Aceito
Outros	resposta_a_pendencia.docx	23/09/2019 16:03:36	JAYLA SIQUEIRA PINTO MARTINS	Aceito
Outros	curriculomaysa.pdf	06/09/2019 16:14:52	JAYLA SIQUEIRA PINTO MARTINS	Aceito

Endereço: Av. Universitária, 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 3.594.773

Outros	curriculojayla.pdf	06/09/2019 16:10:56	JAYLA SIQUEIRA PINTO MARTINS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	06/09/2019 15:47:59	JAYLA SIQUEIRA PINTO MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coparticipacao2.pdf	06/09/2019 15:46:46	JAYLA SIQUEIRA PINTO MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	coparticipacao1.pdf	06/09/2019 15:46:02	JAYLA SIQUEIRA PINTO MARTINS	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	06/09/2019 15:41:52	JAYLA SIQUEIRA PINTO MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/09/2019 15:35:23	JAYLA SIQUEIRA PINTO MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOIANIA, 24 de Setembro de 2019

Assinado por:
ROGÉRIO JOSÉ DE ALMEIDA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br