

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO**

JORGINA SALES JORGE

**VIOLÊNCIA SEXUAL E ASPECTOS RELACIONADOS ENTRE USUÁRIOS DE
CRACK: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO**

Maceió

2017

JORGINA SALES JORGE

**VIOLÊNCIA SEXUAL E ASPECTOS RELACIONADOS ENTRE USUÁRIOS DE
CRACK: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a Dr^a Ruth França Cizino Trindade

Maceió

2017

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central

Bibliotecária Responsável: Janaina Xisto de Barros Lima

J82v Jorge, Jorgina Sales.
 Violência sexual e aspectos relacionados entre usuários de crack : um estudo epidemiológico / Jorgina Sales Jorge. – 2018.
 119 f. : il.

 Orientadora: Ruth França Cizino Trindade.
 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Maceió, 2017.

 Bibliografia: f. 83-89.
 Anexos: f. 90-119.

 1. Epidemiologia. 2. Crack (Drogas). 3. Usuários de drogas. 4. Violência sexual. 5. Comportamento sexual. I. Título.

CDU: 616-083:613.83

FOLHA DE APROVAÇÃO

JORGINA SALES JORGE

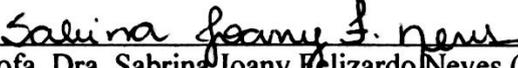
Violência sexual e aspectos relacionados entre usuários de crack: um estudo epidemiológico

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e aprovada em 18 de dezembro de 2017.


Prof. Dr. Ruth França Cizino Trindade (Orientadora)

Banca Examinadora:


Prof. Dr. Valfrido Leão de Melo Neto (FAMED/UFAL) - Examinador Externo


Prof.ª. Dra. Sabrina Joany Relizardo Neves (EENFAR/UFAL) - Examinadora Interna

Ao meu pai, José Olavo Ferreira Jorge e ao meu irmão, Eretides de Sales Jorge, que não puderam estar aqui nesse momento, mas que sempre me fizeram acreditar que eu podia mais, sempre mais.

AGRADECIMENTOS

À minha família e, especialmente, à minha mãe, Erodina Sales Jorge, pelos ensinamentos e apoio em todos os momentos vivenciados ao longo da minha vida.

Às minhas colegas de turma do mestrado, pelas trocas, aprendizados, alegrias e angústias compartilhados.

Aos Membros da Banca, especialmente, à minha orientadora, Ruth Trindade, pela disponibilidade e relevantes contribuições no processo de construção deste estudo.

Aos/às participantes da pesquisa, pela disponibilidade e confiança, por compartilharem conosco parte de suas histórias de vida. Sem vocês, nada disso teria sido possível.

Às colegas/amigas da UFAL, que estiveram ao meu lado durante todo o período do mestrado e me deram o apoio necessário para aliviar a tensão e a inevitável sobrecarga de trabalho.

À Marília Silveira, mais nova integrante do grupo da UFAL, pela presença delicada e marcante na exaustiva revisão do material produzido.

Às professoras do mestrado em Enfermagem/ESENFAR/UFAL, pelas discussões e ensinamentos para além das relações acadêmicas. Vocês também fazem parte dessa história.

Às mulheres inspiradoras que cruzaram a minha trajetória profissional e deixaram marcas, extremamente significativas, Raquel Barros, Tamires Cordeiro, Pantera, Lucineide Conceição, Iara Miguel, Aline, Quil.

À potente equipe do ICICT/FIOCRUZ, pela disponibilidade em compartilhar saberes e experiências que fizeram a diferença na construção de uma “complexa” análise para o estudo, Francisco Inácio Bastos, Carolina Coutinho, Jurema Corrêa e Carlos Linhares.

À Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)/Ministério da Justiça e à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) pela possibilidade de compor a equipe da pesquisa nacional e posteriormente, pela cessão do banco de dados.

“Da pele para dentro começa minha exclusiva jurisdição. Eu escolho o que pode ou não cruzar essa fronteira. Sou um estado soberano e os limites da minha pele são muito mais sagrados que os confins políticos de qualquer país”

Anónimo contemporâneo¹

¹No original: «De la piel para dentro empieza mi exclusiva jurisdicción. Elijo yo aquello que puede o no cruzar esa frontera. Soy un estado soberano, y las lindes de mi piel me resultan mucho más sagradas que los confines políticos de cualquier país.» do livro Historia General de las Drogas de Antonio Escohotado, 1999.

RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar a prevalência de violência sexual entre usuários de crack, bem como analisar os fatores associados. Estudo epidemiológico analítico com delineamento transversal. A amostra complexa envolveu 2.283 usuários de crack da macrorregião Nordeste do Brasil, maiores de 18 anos. Para coleta de dados foi utilizado questionário com perguntas relacionadas às características sociodemográficas, uso de drogas, comportamento sexual e problemas de saúde mental/emocional. Os dados foram analisados através da descrição de frequências e do cruzamento de variáveis, com o auxílio do software Statistical Package for the Social Sciences para Windows versão 20.0. Os resultados mostraram que 82,4% dos entrevistados são do sexo masculino, 79,6% pardos e negros, 56,7% solteiros, com baixa escolaridade e média de idade de 30,4 anos. Apesar de 40,6% ter uma casa/apartamento como moradia, um número expressivo estava na rua (29%). As drogas mais consumidas na vida e no último ano, respectivamente, foram: tabaco, álcool, maconha, cocaína, inalantes e benzodiazepínicos. Tais resultados evidenciaram o uso concomitante de múltiplas drogas. Todos os problemas de saúde mental/emocional investigados apresentaram frequência maior que 30%, (tristeza/pessimismo, ansiedade/impaciência ou irritabilidade, sentimentos de culpa/punição, dificuldade de dormir, baixa autoestima, dificuldade de concentração, pensou em se matar, teve perda de interesse sexual), além da sobreposição. A prevalência da violência sexual *na vida* entre as mulheres foi de 50,6% e entre os homens de 8,3%. No último ano, correspondeu a 26,4% entre mulheres e 0,1% entre homens. Os achados referentes à violência sexual evidenciaram a maior vulnerabilidade de mulheres quando comparadas aos homens. Ter relações sexuais com parceiros comerciais e eventuais relacionaram-se à ocorrência de violência sexual, na vida e no último ano. Destaca-se que ter relações sexuais com parceiros comerciais representou um fator de risco para a violência sexual entre usuários de crack. A exposição à violência sexual esteve associada a maiores riscos de manifestação de todos os problemas de saúde mental/emocional investigados, com exceção da dificuldade de concentração. Este estudo identificou o perfil de usuários de crack do nordeste do Brasil e possibilitou a aproximação da realidade de um grupo populacional invisibilizado, revelando vulnerabilidades individuais e sociais que denotam a magnitude da questão do uso de crack e a lança como um desafio a ser priorizado na agenda da saúde pública. Ao mesmo tempo, desvelou elementos, muitas vezes negligenciados, fundamentais para o fomento de políticas públicas específicas, bem como para o planejamento de ações efetivas com vistas à melhoria das condições de saúde das populações mais vulneráveis.

Palavras-Chaves: Epidemiologia; Crack; Usuários de Drogas; Violência Sexual; Comportamento Sexual.

ABSTRACT

The study aimed to identify the prevalence of sexual violence among crack users, as well as to analyze the associated factors. Analytical epidemiological study with a cross-sectional design. The complex sample involved 2,283 crack users from the Northeastern of Brazil, over 18 years of age. To collect data, a questionnaire was used with questions related to sociodemographic characteristics, drug use, sexual behavior and mental / emotional health problems. The data were analyzed through the frequency description and the crossing of variables, with the help of the Statistical Package for the Social Sciences software for Windows version 20.0. The results showed that 82.4% of the interviewees are males, 79.6% are brown and black, 56.7% are single, with low schooling and average age of 30.4 years. Although 40.6% had a house/apartment as a housing, an expressive number was on the street (29%). The drugs most consumed in life and in the last year, respectively, were: tobacco, alcohol, marijuana, cocaine, inhalants and benzodiazepines. These results evidenced the concomitant use of multiple drugs. All mental / emotional health problems investigated presented frequency higher than 30% (sadness / pessimism, anxiety / impatience or irritability, feelings of guilt / punishment, difficulty sleeping, low self-esteem, difficulty concentrating, thinking about killing himself , had loss of sexual interest), besides the overlap. The prevalence of sexual violence in life among women was 50.6% and among men, 8.3%. In the last year, it corresponded to 26.4% among women and 0.1% among men. The findings regarding sexual violence showed the greater vulnerability of women when compared to men. Having sex with casual and commercial partners was statistically significant when associated with sexual violence in life and in the last year. It is worth noting that having sex with commercial partners was a risk factor for sexual violence among crack users. Exposure to sexual violence was associated with greater risks of manifestation of all mental / emotional health problems investigated, with the exception of difficulty concentrating. The identification of the profile of crack users of northeastern Brazil has enabled the approximation of the reality invisible group and revealed individual and social vulnerabilities that denote the magnitude of this issue and the spear as a challenge to be prioritized in Public Health agenda. At the same time, it has unveiled, often neglected elements, fundamental to fostering specific public policies, as well as for the planning of effective actions with a view to improving the health conditions of the most vulnerable populations.

Keywords: Epidemiology; Crack; Drug Users; Sexual Violence; Sexual Behavior

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 - Organograma do fluxo dos indivíduos para coleta de dados na Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack.	37
Quadro 2 - Tamanhos da amostra de usuários de crack recrutados e entrevistados.....	39
Figura 1 - Distribuição da população do Brasil por sexo, segundo os grupos de idade. IBGE, 2010.	62
Figura 2 - Distribuição da população da região Nordeste por sexo, segundo os grupos de idade. IBGE, 2010.	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).....	45
Tabela 2 – Usuários de crack segundo moradia nos últimos 30 dias. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2.283).....	46
Tabela 3 – Usuários de crack segundo ocupação atual. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).....	46
Tabela 4 – Usuários de crack segundo fonte de renda. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).....	47
Tabela 5 – Consumo de outras drogas entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).	48
Tabela 6 - Características do comportamento sexual entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).	50
Tabela 7 - Usuários de crack segundo problemas de saúde mental/emocional. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).	53
Tabela 8 – Exposição à violência sexual na vida e no último ano por sexo entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2.283).....	54
Tabela 9 - Associação entre exposição à violência sexual no último ano e variáveis sociodemográficas entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012.....	55
Tabela 10 - Associação entre comportamento sexual e violência sexual entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012.....	56
Tabela 11 - Associação entre problemas de saúde mental/emocional e violência sexual entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2.283).....	58
Tabela 12 - Associação entre violência sexual e o uso de drogas entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2.283).	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
LENAD	Levantamento Nacional Álcool e outras Drogas
OMS	Organização Mundial de Saúde
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
Aproximação com a temática do estudo	12
A Pesquisa Nacional sobre o perfil de usuários de crack no Brasil.....	13
1. INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivos Gerais	18
2.2 Objetivos Específicos	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 O panorama do uso de crack.....	19
3.2. Violência: aspectos conceituais e legais	24
3.3. A violência sexual e suas interfaces com uso de drogas e transtornos mentais.....	28
3.4. Uma aproximação da relação entre violência e gênero	30
4 METODOLOGIA.....	33
4.1 Tipo de Estudo	33
4.2 Cenário de Estudo	33
4.3 Aspectos éticos	34
4.4 População e Amostra	35
4.5 Coleta de Dados	39
4.6 Variáveis selecionadas.....	40
4.7 Processamento e análise dos dados.....	42
5. RESULTADOS	44
5.1 Perfil sociodemográfico de usuários de crack da macrorregião Nordeste.....	44
5.2 Caracterização do consumo de outras drogas entre usuários de crack	48
5.3 Caracterização do comportamento sexual entre usuários de crack da macrorregião Nordeste	49
5.4 Caracterização de problemas de saúde mental/emocional entre usuários de crack.....	52
5.5 Exposição à violência sexual entre usuários de crack	53
5.6 Associação entre características sociodemográficas e violência sexual no último ano entre usuários de crack.....	54
5.7 Associação entre o comportamento sexual e a violência sexual no último ano entre usuários de crack.....	55

5.8 Associação entre problemas de saúde mental/emocional e violência sexual entre usuários de crack da macrorregião Nordeste	57
5.9 Associação entre violência sexual e o uso de drogas.....	59
6. DISCUSSÃO	61
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ	81
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	82
ANEXO C – Folha de Coleta	86
ANEXO D – Questionário de Elegibilidade	87
ANEXO E – Convite	88
ANEXO F – Questionário Individual.....	89

APRESENTAÇÃO

Aproximação com a temática do estudo

A minha aproximação com a temática teve início em 2006 quando me vinculei como enfermeira a um Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPSad) em Maceió. Na busca pela compreensão do fenômeno de uso de drogas, a identificação com as lógicas da clínica ampliada, da redução de danos e da educação popular foram essenciais para o desenvolvimento de um fazer crítico e emancipatório, pautado numa relação dialógica que considera as escolhas e condições do sujeito.

Os atendimentos eram muito mais do que consultas de rotina, eram encontros, extremamente significativos. Deparei-me com muitas angústias e violações, sofrimentos e ambivalências, mas especialmente com as potencialidades e capacidade de resiliência dessas pessoas. Três anos depois, concretizou-se a implementação de uma intervenção pautada na Redução de Danos, denominada “Projeto Fique de Boa”, na região do centro da cidade. Tendo sido adequado, poucos meses depois, para se tornar “Consultório de/na Rua”, com apoio e incentivo financeiro do Ministério da Saúde.

A partir de então, a atuação como Enfermeira de uma equipe de Consultório na Rua, trouxe outro sentido para a minha prática profissional. A rua, como território de atuação também era o território de vida das pessoas a serem cuidadas. Assim, fora dos muros institucionais tradicionais, tive a oportunidade de conhecê-las mais de perto. Passei a entender melhor seu modo de vida e suas necessidades, perpassando também pela compreensão das relações que estabelecem no contexto de rua.

Nos primeiros contatos, não sabia bem como fazer, como me aproximar e me colocar numa relação de ajuda, verdadeiramente, autêntica e significativa. A cada encontro, o cuidado foi sendo delineado a partir da conexão entre atores, saberes e práticas diversas. Na equipe, tínhamos enfermeiras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e educadores-pares, todos redutores e redutoras de danos. Pela primeira vez, senti a transdisciplinaridade acontecendo de fato.

No final de 2010, a minha vivência como profissional de uma equipe de Consultório na Rua favoreceu a oportunidade de supervisionar, localmente, a Pesquisa Nacional sobre o perfil de usuários de crack no Brasil. Os achados da pesquisa relacionados às características,

comportamentos, padrões de consumo e demandas por cuidados vieram corroborar, cientificamente, muitas das percepções e situações que cotidianamente, vivenciávamos no atendimento aos usuários de crack em situação de rua. Um dos resultados preocupantes relacionava-se à violência sexual, sobretudo entre as mulheres.

Desse percurso profissional emergiram muitas indagações. Quem são e como vivem os usuários de crack? A quais sofrimentos, agravos e violações estão mais expostos? As mulheres sofrem mais violências que os homens? O que as tornam mais vulneráveis? À medida que as inquietações tornavam-se mais presentes, fui em busca de aprofundar o conhecimento teórico e vivencial sobre a temática, agregando aprendizagens de áreas como Epidemiologia, Psicologia, Sociologia e Antropologia. Tais referenciais vieram subsidiar a aproximação e compreensão sobre a questão do uso de drogas e os agravos associados, como a violência.

Nessa direção, surgiu a motivação para realização deste estudo, um recorte da pesquisa nacional citada anteriormente, com o intuito de conhecer parte da real configuração da problemática do uso de drogas e da violência sexual vivenciada por usuários de crack no cenário da macrorregião Nordeste do Brasil.

A Pesquisa Nacional sobre o perfil de usuários de crack no Brasil

A pesquisa nacional sobre o “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, Distrito Federal, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil” foi desenvolvida no período de dezembro de 2010 a março de 2013, sob a responsabilidade e financiamento da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD)/Ministério da Justiça e coordenação da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em parceria com outras instituições públicas e organizações da sociedade civil localizadas nos municípios participantes.

Tal pesquisa foi proposta pelo Governo Federal como uma das ações estratégicas do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, diante dos desafios impetrados pelo fenômeno do uso de crack e da insuficiência de informações científicas específicas sobre o tema. Além do objetivo geral de descrever o perfil e estimar o número de usuários de crack e/ou similares, a pesquisa teve como objetivos específicos: 1) descrever o perfil sociodemográfico; 2) descrever os comportamentos de risco frente a diferentes afecções de natureza infecciosa; 3) descrever os comportamentos sexuais e padrões de consumo de álcool e drogas ilícitas; 4) descrever a demanda por cuidados de saúde e o efetivo engajamento de usuários de crack em programas/unidades de tratamento para o abuso de drogas, problemas

clínicos e de saúde mental; 5) mensurar a prevalência da infecção pelo HIV, pelo vírus da hepatite C e tuberculose (BERTONI, BASTOS; 2014).

Frente às evidências apresentadas, a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (BERTONI, BASTOS; 2014) ressaltou a importância do estudo nacional para o alinhamento das políticas públicas sobre drogas e dos dispositivos para o cuidado ampliado, a partir das demandas e necessidades dos usuários, considerando as especificidades de cada contexto no abrangente território nacional.

Diante do exposto, o presente estudo se propõe a conhecer o perfil de usuários de crack no contexto locorregional do Nordeste e a partir deste analisar a violência sexual e os fatores associados, considerando a vasta diversidade e dimensão territorial do Brasil.

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo constitui um recorte da pesquisa nacional “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, Distrito Federal, nove regiões metropolitanas e estrato Brasil”, desenvolvida no período de dezembro de 2010 a março de 2013, sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e financiamento da Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD)/Ministério da Justiça e em parceria com outras instituições públicas e organizações da sociedade civil localizadas nos municípios participantes.

A pesquisa foi proposta pelo Governo Federal como uma das ações estratégicas do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, diante dos desafios impetrados pelo fenômeno do uso de crack e da insuficiência de informações científicas específicas sobre o tema (BERTONI, BASTOS, 2014).

Nas últimas décadas, o uso de crack tem se destacado no cenário científico, político e midiático frente ao incremento do consumo, dos riscos e agravos associados, além da dificuldade de implementação de políticas públicas integradas e efetivas.

Apesar do Relatório Mundial sobre Drogas publicado pelo United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) revelar que há uma tendência global de declínio do uso de cocaína, na América do Sul, incluindo o Brasil, os dados evidenciam um aumento na prevalência do uso de cocaína, na forma intranasal (pó) ou fumada (crack, merla ou oxi), nos últimos anos. Na América do Sul, a prevalência anual do uso de cocaína aumentou de 0,7 por cento em 2010 para 1,2 por cento em 2012 e 2013, uma taxa que corresponde a três vezes o nível médio estimado para o consumo mundial (WHO, 2015).

O crack é uma droga estimulante obtida pela adição de uma base como sulfato de amônio ou bicarbonato de sódio, à pasta base ou cocaína na forma de cloridrato, usado por via fumada em cachimbos, latas ou similares. Produz uma ação estimulante intensa e de curta duração, com alto potencial dependógeno (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011).

Em geral, associado ao aumento do uso abusivo de algumas drogas, como o crack, observa-se também o incremento de riscos e danos sociais e à saúde, como quadros psicopatológicos diversos, doenças infecciosas (HIV, sífilis, hepatites e tuberculose) e não-infecciosas, overdose e violências, situações responsáveis por um grande número de mortes prematuras e evitáveis (WHO, 2016). O envolvimento com atividades ilícitas, brigas e transgressões configura um cotidiano permeado pela violência e marginalização, contribuindo para o fortalecimento de posturas estigmatizantes frente ao usuário de crack. No atual cenário brasileiro, a violência associada ao uso de crack repercute de maneira muito negativa e gera

barreiras, de acesso ao cuidado e à garantia de direitos, difíceis de transpor numa condição de extrema vulnerabilidade social.

A Organização Mundial de Saúde/WHO (2010) reconhece a violência e o uso de drogas como problemas de saúde pública multifacetados que afetam grande parcela da população mundial com consequências significativas em diferentes dimensões da vida. Dentre as diferentes modalidades de violência, a sexual assume um lugar de destaque frente a sua expansão e gravidade, especialmente, entre crianças, adolescentes e mulheres. Diante desse contexto de risco e vulnerabilidade, tais fenômenos reivindicam a integração de uma ampla rede de recursos para o desenvolvimento de intervenções seguras, protetivas e emergentes. (WHO, 2010).

Assim, o impacto da violência sexual associado a minha vivência profissional junto às pessoas que fazem uso de drogas impulsionaram a formulação da questão norteadora desta pesquisa: **o comportamento sexual aumenta a exposição à violência sexual entre homens e mulheres usuárias de crack?**

Na literatura científica, encontra-se muitos estudos que abordam a relação entre uso de drogas e comportamentos sexuais de risco, principalmente, relacionados às infecções sexualmente transmissíveis, HIV e hepatites. Outros tratam da associação entre comportamento sexual e violência, especialmente, com mulheres trabalhadoras do sexo e de adolescentes (PALUDO, SCHIRÓ, 2012; SHERWOOD *et al.*, 2015). Contudo, há uma carência de estudos de cunho epidemiológico que abordem a violência sexual junto a usuários de crack. Tal limitação compromete o conhecimento da real dimensão do problema nessa população específica, essencial para o planejamento e a implementação de políticas públicas efetivas. Nesse campo complexo de investigação, os estudos epidemiológicos assumem grande relevância ao investigar componentes do perfil de usuários, a prevalência, os padrões de uso e de comportamento integrados a elementos do contexto sociocultural (TRAD, TRAD, ROMANI, 2013).

Diante do exposto, conhecer a prevalência e os fatores associados à violência sexual entre usuários de crack ainda é um grande desafio, pela diversidade e complexidade envolvidas na interseção desses dois fenômenos, influenciados por uma série de fatores biológicos, econômicos, psicológicos, culturais e sociais que não podem ser interpretados de maneira isolada e comprometem significativamente a identificação, a notificação e, sobretudo a oferta de um cuidado singular.

Nesse sentido, o presente estudo adquire relevância ao buscar no campo da pesquisa epidemiológica, aproximar-se da realidade de usuários de crack da macrorregião Nordeste do

Brasil, a fim de produzir conhecimentos que sejam úteis ao fomento de políticas públicas específicas e de dispositivos para o cuidado integral, bem como contribuir para o planejamento de ações com vistas à melhoria das condições de saúde das populações mais vulneráveis.

A evidência de que existem importantes lacunas nesse campo de investigação e atuação da saúde coletiva justifica a realização deste estudo, partindo da **hipótese de que há associação entre o comportamento sexual e a violência sexual entre usuários de crack.**

Para tanto, o estudo foi delineado ao longo de sete capítulos. Após este primeiro capítulo introdutório, com a contextualização e problematização do tema, justificativa e relevância do estudo; apresenta-se o segundo capítulo no qual são expostos os objetivos gerais e específicos que guiaram o desenho do estudo. No terceiro, desenvolvem-se os conceitos, a epidemiologia e aspectos relacionados ao uso de crack e à violência sexual, sobretudo como questões sociais e de saúde a partir de referenciais teóricos relevantes e atualizados.

O quarto capítulo insere a descrição da metodologia utilizada, incluindo os aspectos éticos considerados para a realização do estudo. No quinto capítulo apresentam-se os resultados do estudo relacionados ao perfil dos usuários entrevistados, à prevalência da violência sexual e às associações entre violência sexual e características sociodemográficas, comportamentos sexuais, problemas de saúde mental/emocional e uso de drogas.

A seguir, o sexto capítulo, abrange a interpretação dos resultados encontrados a partir dos dados coletados junto à população investigada e desenvolve uma discussão à luz do conhecimento epidemiológico sobre a temática uso de crack e violência sexual, construído a partir de estudos anteriores e de literatura científica pertinentes. As considerações finais compõem o sétimo capítulo, momento em que se apresenta uma síntese do que foi enfatizado na discussão a partir dos resultados encontrados e são destacadas algumas das possíveis contribuições da pesquisa e implicações para a saúde coletiva.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

- Analisar a associação entre violência sexual e comportamento sexual entre usuários/as de crack da macrorregião nordeste do Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer o perfil dos usuários de crack da macrorregião nordeste do Brasil.
- Identificar a prevalência de violência sexual entre usuários de crack da macrorregião nordeste do Brasil.
- Analisar a associação entre violência sexual e problemas mentais/emocionais entre usuários de crack da macrorregião nordeste do Brasil.
- Analisar a associação entre violência sexual e uso de outras drogas entre usuários de crack da macrorregião nordeste do Brasil.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O panorama do uso de crack

Há registros de que o surgimento do crack se deu em 1970, passando a ganhar destaque somente na década seguinte, consumido principalmente por moradores de bairros pobres e marginalizados de grandes cidades dos Estados Unidos e Canadá (DUAILIBI, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2008)

No Brasil, acredita-se que o crack surgiu na década de 1980, com o primeiro relato de uso registrado na cidade de São Paulo em 1989 (DUAILIBI, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2008; OLIVEIRA; NAPPO, 2008) e em 1993 o consumo avança e assume grandes dimensões (MOREIRA, *et al*, 2015). Dois anos depois, também em São Paulo, aconteceu a primeira apreensão de crack. Acredita-se que a droga tenha entrado no país pelo Acre, vinda da Bolívia e do Peru. Nesse período, o uso de cocaína apresentava uma escalada em todo o mundo e o crack surgiu como uma versão mais barata da droga, usada por grupos vulnerabilizados, muitos deles vivendo nas ruas.

Raup e Adorno (2011), destacam a junção de baixo preço com a oferta crescente e a potência dos efeitos do crack como os fatores responsáveis pelo expressivo aumento do consumo na década de 90, principalmente por pessoas pobres e usuários de drogas injetáveis. No Brasil, entre 2001 e 2007, também evidenciou-se uma tendência de aumento nas apreensões de crack, sobretudo no ano de 2007, quando foi registrada a apreensão de 313,8 kg e 1.306,4 kg na Região Nordeste e em todas as regiões, respectivamente (DUARTE, STEMPLIUK, BARROSO, 2009).

Na literatura, os primeiros estudos sobre o perfil do uso de crack surgem a partir do início da década de 90, tendo sido desenvolvidos principalmente no Brasil, Estados Unidos, Canadá e Reino Unido (ARRUDA, SOARES, ADORNO, 2013). Nos levantamentos epidemiológicos realizados no Brasil ao longo dos últimos trinta anos, o uso de crack veio ser detectado a partir de 1989. Em 2001, foi publicado o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). O uso de crack na vida foi identificado em 0,4% dos entrevistados, sendo a maioria do sexo masculino, com idade entre 18 e 34 anos. Nesse estudo, as drogas com maior uso na vida, foram: álcool (68,7%), tabaco (41,1%), maconha (6,9%), solventes (5,8%), orexígenos (4,3%), benzodiazepínicos (3,3%) e cocaína (2,3%) (CARLINI *et al*, 2002).

O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, em 2005, revelou um aumento nas estimativas de uso na vida de álcool, tabaco, maconha, solventes, benzodiazepínicos, cocaína, estimulantes, barbitúricos, esteroides, alucinógenos e crack e diminuição nas de orexígenos, xaropes, opiáceos e anticolinérgicos. Apesar do aumento da prevalência de uso de crack na vida de 0,4% (2001) para 0,7%(2005), a diferença não foi considerada estatisticamente significativa no período de 4 anos entre a realização dos dois estudos nacionais (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2006).

Quando comparadas as prevalências de uso de crack na vida analisadas em 2001 e 2005, por região brasileira, foi verificado aumento em todas as regiões, com exceção do Norte e Centro-Oeste que registraram redução de 0,2% para 0,0% e de 0,4% para 0,3%, respectivamente. Os resultados dos inquéritos domiciliares revelaram que entre os anos de 2001 e 2005 o consumo de crack mostrou-se discreto, sem grandes variações, mantendo uma certa estabilidade em todo o Brasil (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2006).

Os resultados apresentados pelo Relatório Brasileiro sobre Drogas referentes ao consumo do crack e suas consequências reunidos a partir dos inquéritos nacionais desenvolvidos entre 2001 e 2005 evidenciaram um consumo discreto e estável nesse período. Entretanto, afirma também que “há fortes evidências de que a partir deste ano o consumo de crack, bem como sua associação a diversos agravos à saúde, à criminalidade e à violência tem se tornado mais frequente” (DUARTE, STEMPLIUK, BARROSO, 2009, p.45).

Entre crianças e adolescentes em situação de rua, o uso de crack também apresentou uma tendência de aumento entre os anos de 1989 e 2003, com algumas diferenças entre as capitais relacionadas à prevalência, aos padrões de uso e aos anos de aumento do consumo. O *uso recente* de crack foi relatado em 22 das capitais brasileiras, tendo sido os maiores índices identificados em São Paulo (26,2%), Recife (20,3%), Curitiba (16,1%), Vitória (15%), Natal (11,3%), Belo Horizonte (9,3%), Fortaleza (9,3%), João Pessoa (9,1%), Salvador (8,5%). Os achados da pesquisa revelaram a disponibilidade e o consumo de derivados de cocaína no Brasil e demonstraram uma redução expressiva da diferença identificada entre as regiões Sudeste e Nordeste até o ano de 2003. No Brasil, foram entrevistadas 2.807 crianças e adolescentes em situação de rua oriundos das 27 capitais, sendo 75,5% do sexo masculino e 24,5% do sexo feminino. Nas capitais da região Nordeste a amostra contou com 958 crianças e adolescentes em situação de rua, dentre as quais 78,5% eram do sexo masculino e 21,5% do sexo feminino. No Brasil, 8,6% das crianças e adolescentes entrevistados relataram o uso de crack no ano e 5,5% no mês, anteriores à pesquisa. Na região Nordeste, os resultados O uso

de crack no ano anterior à pesquisa foi referido por 9,4% do total de crianças e adolescentes entrevistados, enquanto 6,4% afirmaram ter usado crack no mês (NOTO et al., 2003).

Levantamentos epidemiológicos de abrangência nacional também foram desenvolvidos com a população de estudantes do ensino fundamental e médio, nos anos de 1987, 1989, 1993, 1997, 2004 e 2010. Os estudos permitiram traçar um panorama do consumo de drogas entre esse público, sendo considerado prioritário para o desenvolvimento de intervenções preventivas a fim de reduzir os fatores de riscos e danos associados ao início do uso cada vez mais precoce.

Em 2010, o último Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas envolveu estudantes do 6º ao 9º ano do ensino fundamental II e do 1º ao 3º ano do ensino médio das redes pública e privada nas 27 capitais brasileiras e Distrito Federal (BRASIL, 2010a). Este estudo revelou a exposição, muito precoce, de estudantes ao uso de drogas lícitas e ilícitas, no qual foi identificado que em torno de 5,0% dos estudantes experimentaram alguma droga antes dos 10 anos de idade. Há evidências de que o uso experimental de drogas na infância e puberdade pode levar ao uso abusivo e mesmo à dependência na vida (NAPPO et al., 2010). Em todas as capitais, álcool e tabaco foram as drogas com maior prevalência de uso na vida, seguidas pelos inalantes. Quanto ao uso de crack, identificou-se uma redução estatisticamente significativa, entre os anos de 2004 (0,7%) e 2010 (0,4%) e não representou uma droga de destaque entre os estudantes (BRASIL, 2010a).

Ainda em 2010, os estudantes universitários também participaram de um levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas e os resultados demonstraram dados preocupantes associados ao uso mais intenso e frequente do que na população em geral. Um número elevado de estudantes, equivalente a 48,7%, informou já ter consumido alguma substância psicoativa (exceto álcool e tabaco) pelo menos uma vez na vida, 35,8% nos últimos 12 meses e 25,9% nos últimos 30 dias. As drogas mais consumidas na vida foram: álcool (86,2%), tabaco (46,7%), maconha (26,1%), inalantes e solventes (20,4%), anfetamínicos (13,8%), tranquilizantes (12,4%), cocaína (7,7%), alucinógenos (7,6%) e ecstasy (7,5%). No último ano e nos últimos 30 dias as drogas usadas com maior frequência foram: álcool (72,0% e 60,5%), tabaco (27,8% e 21,6%), maconha (13,8% e 9,1%), anfetamínicos (10,5% e 8,7%), tranquilizantes (8,4% e 5,8%), inalantes (6,5% e 2,9%) e alucinógenos (4,5% e 2,8%) (BRASIL, 2010b).

Entre os universitários, o crack figurou entre as substâncias menos consumidas, com uma prevalência de 1,2%, 0,2% e 0,2% na vida, no último ano e nos últimos 30 dias, respectivamente. Quanto à média de idade de início do uso, o crack foi uma das cinco

substâncias usadas mais tardiamente (21,1 anos) em contraposição às drogas, xaropes à base de codeína (8,3), álcool (15,3), sedativos/barbitúricos (15,9), tabaco (16) e inalantes (16,9), usadas mais precocemente na vida por estudantes universitários. Apesar de álcool e tabaco também liderarem o ranking de consumo entre esse público, observaram-se diferenças nos padrões de consumo e outras drogas que ganharam destaque como anfetaminas e ecstasy. Em 2012, a Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas realizou o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) junto à população em geral, com idade igual ou superior a 14 anos. Mais uma vez, álcool e tabaco, foram as drogas mais consumidas - seja na vida ou nos últimos 12 meses. Em seguida, maconha (4,3%), tranquilizantes (2,5%), cocaína (2,3%), solventes (2,0%), alucinógenos (1,4%) e estimulantes (1,3%) assumiram as maiores prevalências de uso na vida entre os adolescentes (14 a 17 anos). Entre o público adulto pesquisado, as substâncias psicoativas mais consumidas na vida (exceto álcool e tabaco) foram os tranquilizantes (9,6%), seguidos pela maconha (6,8%), cocaína (3,8%), estimulantes (2,7%), solventes (2,2%) e crack (1,3%) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2014).

Em relação ao uso de crack, também se observaram diferenças entre as prevalências no público adolescente e adulto. O LENAD evidenciou que a prevalência do uso de crack entre a população adulta brasileira em domicílios foi de 0,7% e 1,3%, nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa e na vida, respectivamente. Entre os adolescentes (jovens de 14 a 17 anos) a prevalência do uso de crack na vida e nos últimos 12 meses observada foi de respectivamente 0,8% e 0,1% (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2014).

Além das frequências de uso e características sociodemográficas, o estudo também investigou questões relacionadas à saúde mental e violência abordadas como fatores de risco associados ao uso de drogas. O levantamento comparou a prevalência de depressão entre os usuários de álcool, maconha e cocaína e o resultado revelou que a prevalência deste transtorno mental é significativamente maior entre abusadores de álcool. Outro dado preocupante foi a detecção de que 5% dos entrevistados já tentaram tirar a própria vida e destes, em 24% a tentativa estava relacionada ao consumo de álcool (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2014).

Os fatores de risco associados à violência foram trabalhados entre percepções e situações de violência geral, violência na infância e violência doméstica vividas pelos brasileiros. Um número considerável, 17,7% da população adulta e 19,5% dos adolescentes relataram ter deixado pelo menos alguma vez de ir a algum lugar por questão de segurança no último mês. A proporção do envolvimento de adolescentes (6,1%) em briga com agressão

física foi quase 3 vezes maior que a de adultos (2,7%) (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2014).

Diante dos resultados preocupantes acerca da violência entre adolescentes, é importante ressaltar que ao abordar essa parcela da população, torna-se essencial considerar a adolescência como um período fundamental ao desenvolvimento do indivíduo, no qual se definem padrões de conduta e comportamento mediados pela interação de aspectos individuais, relacionais e socioculturais. Representa ainda uma etapa de transição marcada por significativas mudanças fisiológicas e psicológicas e pela exposição a situações de risco e vulnerabilidades, muitas vezes devido à imaturidade, à busca pela identidade e novas descobertas (SENNA, DESSEN, 2012).

Alguns veículos de comunicação baseados em interpretações equivocadas e no senso-comum têm culpabilidade os adolescentes e jovens pelo aumento da violência, entretanto ao considerar o incremento desse fenômeno nesse grupo populacional é imprescindível compreender suas raízes nos fatores históricos, culturais, econômicos e políticos. Marques e Maddaleno (2010) destacam que a baixa escolaridade, o desemprego, a desigualdade social, a tolerância em relação à violência, a falta de cumprimento das leis, facilidade de acesso às armas de fogo e o abuso de álcool e outras drogas são fatores determinantes para a manutenção do Brasil nesse patamar de violência entre a população mais jovem.

Assim, para o desenvolvimento de ações positivas no enfrentamento a esse agravo social e à saúde, entre adolescentes e jovens, torna-se fundamental conhecer os possíveis fatores de risco e proteção que compõem esse cenário de extrema vulnerabilidade (SCHENKER, MINAYO, 2005). Tais fatores envolvem aspectos individuais, familiares e ambientais que influenciam o aumento ou a redução dos problemas associados às diferentes expressões da violência contemporânea.

O uso de algumas drogas, dentre elas o crack pode se configurar como um fator de risco e vulnerabilidade para a produção da violência a depender da pessoa, dos padrões de consumo e do contexto (JORGE *et al*, 2013). Entretanto, atribuir à droga, isoladamente, a responsabilidade por uma questão tão complexa, é um equívoco. A tríade droga-sujeito-ambiente proposta por Olivenstein (1989) se insere num sistema dinâmico, no qual todos os fatores são mutuamente influenciados e devem ser considerados para a compreensão do fenômeno.

Nessa perspectiva, investigações de abrangência local e nacional sobre o uso de álcool e outras drogas fornecem elementos importantes para a contextualização da relação entre drogas e violência e o dimensionamento dos seus impactos a partir das reais condições e

experiências vivenciadas pelos indivíduos em uma determinada conjuntura social (MINAYO, DESLANDES, 1998; ELICKER, 2015; OLIVEIRA, 2018).

No Brasil, entre 2010 e 2013, foi desenvolvida a pesquisa mais abrangente, em cenas públicas/abertas de uso de crack, com o objetivo de descrever o perfil de usuários de crack, considerando as características individuais, os contextos de uso e as especificidades locorregionais. Os resultados revelaram que a grande maioria de usuários frequentes de crack encontram-se em situação de extrema vulnerabilidade social. O perfil também evidenciou que são, majoritariamente, adultos jovens do sexo masculino, pardos e pretos, com baixa escolaridade e desenvolvendo trabalhos informais. Apresentavam agravos e problemas de saúde física e mental significativos como a exposição à violência sexual e sofrimento mental relacionados à tristeza, ansiedade, sentimento de culpa, dificuldade de dormir e risco de suicídio, dentre outros (BERTONI, BASTOS, 2014).

Entre as mulheres usuárias de crack, os achados referentes à violência sexual e à falta de apoio durante a gestação foram preocupantes e apontaram para a dificuldade de acesso aos serviços sociais e de saúde, além dos riscos e vulnerabilidades envolvidos nesse cenário de exclusão. O estudo concluiu que “o uso prejudicial de crack é, principalmente, um problema social” (BERTONI, BASTOS, 2014, p.150) e como tal necessita da implementação de políticas públicas ampliadas e integradas que reconheçam as condições de desigualdades sociais, exclusão e vulnerabilidade vivenciadas pelos usuários de crack no cenário brasileiro.

3.2. Violência: aspectos conceituais e legais

A violência vem sendo objeto de estudos e intervenções em diferentes áreas do conhecimento, tendo em vista a multiplicidade de fatores envolvidos na sua gênese e os impactos gerados na vida do indivíduo e na dinâmica da sociedade. A violência é um ato humano e social e deste modo está presente em todas as sociedades, podendo assumir proporções e formas diferenciadas a depender do contexto e da cultura locais (MINAYO, 1994).

Constata-se que a violência não é um fenômeno recente, nem tão pouco está restrita a uma determinada classe econômica, cor/raça, faixa etária ou grupo populacional. Entretanto, a depender do contexto social no qual ocorre, há especificidades a serem consideradas, relacionadas principalmente ao tipo de violência sofrida (MINAYO, 1994).

Diante da sua abrangência, a violência pode ser verificada em diversas fontes de informação no Brasil, tais como sistemas de informação de morbidade e mortalidade, Mapa da Violência, Boletim de Ocorrências policiais, notificação compulsória de violência e mídia

em geral; além dos registros do Relatório Mundial sobre Violência publicado pela Organização Mundial de Saúde.

A cada ano mais de um milhão de pessoas perdem a vida, e muitas mais sofrem ferimentos não fatais resultantes de auto-agressões, de agressões interpessoais ou de violência coletiva. Em geral, estima-se que a violência seja uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo (DAHLBERG, KRUG, 2007). Na contemporaneidade, configura como um desafio permanente que requer a integração de diferentes atores, setores e políticas públicas para uma resposta integrada, efetiva e sustentável compatível com a dimensão e gravidade do problema.

A complexidade e diversidade dos enfoques voltados à violência, tanto no âmbito micro quanto no macro, também influenciam e dificultam a construção de uma definição única para o termo, a ser tomada como referência para a instituição de medidas, tanto preventivas quanto repressivas. Assim, percebe-se uma grande variedade de conceitos influenciados pelo aporte teórico de cada área do conhecimento ou corrente filosófica. O termo tem origem do latim *violentia* que advém de *vis* e significa força, vigor ou emprego de força física (ZALUAR, 2004). Essa força transforma-se em violência quando ultrapassa um limite ou compromete regras e acordos que regulam as relações entre indivíduos, coletivos e instituições e repercute, negativamente. Nesse sentido, a determinação de um ato como violento está relacionado à percepção do limite extrapolado e dos danos provocados, nem sempre tão visíveis e explícitos, como nos casos de violência psicológica.

Sua manifestação está intimamente relacionada com o momento histórico, econômico e político, e dessa maneira não há como compreender e enfrentar tal problema numa perspectiva isolada, sem considerar a interseção de todos os fatores envolvidos e sobretudo, os seus determinantes sociais (MINAYO, 2007; DAHLBERG, KRUG, 2007). Apesar da violência fazer parte da experiência humana e ter se tornado socialmente aceitável em algumas culturas e momentos históricos, é urgente a necessidade de desnaturalização e enfrentamento do problema, tanto nos espaços públicos como nos privados.

Pierre Bourdieu, sob o enfoque da sociologia, dá destaque à violência simbólica caracterizada como uma produção social. E, nessa perspectiva a define como uma “violência que se exerce com a cumplicidade tácita daqueles que a sofrem e também, frequentemente, daqueles que a exercem na medida em que uns e outros são inconscientes de a exercer ou a sofrer” (BOURDIEU, 1996, p. 16). E nessa direção, considera o Estado como o detentor do monopólio da violência física e simbólica produzidas nas sociedades.

Hannah Arendt, no livro “Sobre a Violência”, discorreu acerca do importante papel desempenhado pela violência nos acontecimentos humanos. Sobretudo, chamou a atenção para a desconsideração da violência ao se pensar a história e a política em diferentes momentos - passado, presente e futuro - como algo surpreendente. Para a autora, essa questão ilustra a maneira como a violência e sua arbitrariedade foram negligenciadas à medida que era reconhecida como um acontecimento habitual, ou seja, “ninguém questiona ou examina o que é óbvio para todos” (ARENDR, 2016, p. 23).

No campo dos direitos humanos, a violência é considerada uma violação de direitos, e como tal pode ser enquadrada como crime com penalidades previstas no Código Penal Brasileiro, instituído pelo Decreto-Lei nº 2.848/1940 (BRASIL, 1940). Algumas destas penalidades relacionadas a crimes específicos de violência praticados contra mulheres, foram incluídas a partir de 2006 na Lei nº 11.340/2006 (BRASIL, 2006) conhecida como Lei Maria da Penha, instituída com a finalidade de prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Nessa legislação, dentre os crimes que envolvem violência, destacam-se: maus tratos, lesão corporal, feminicídio, constrangimento ilegal, sequestro e cárcere privado, violência doméstica e familiar.

No âmbito da saúde, a violência é definida como “o uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (WHO, 2010, p.5).

O Relatório Mundial Violência e Saúde de 2014 revela números alarmantes relacionados aos impactos sociais, econômicos e na saúde gerados pela violência. Estima-se que em 2012 cerca de 475 mil pessoas foram vítimas de homicídio, sendo 60% destas representadas por homens na faixa etária de 15 a 44 anos de idade. Neste grupo, o homicídio configura como a terceira das principais causas de morte (WHO, 2014).

O documento também revelou o declínio de 39% nas taxas estimadas de homicídios, variando de 6,2 para 3,8 por cem mil pessoas entre os países de alta renda, 13% para países de renda média alta e média baixa e 10% para países de baixa renda. Além das mortes, as violências também são responsáveis por consequências não-fatais nas dimensões físicas, sociais, psicológicas e sexuais que podem provocar tantos danos imediatos como permanentes. Os resultados do estudo também evidenciaram que 25% de todos os adultos entrevistados sofreram abusos físicos na infância. Frequentemente, observa-se entre as causas de morte, cardiopatias, acidentes vasculares, cânceres, HIV/aids, doenças que estão diretamente relacionadas ao envolvimento em comportamentos de risco, como o uso

prejudicial de álcool, tabaco e outras drogas e as práticas sexuais inseguras. Alguns desses comportamentos indicam tentativas recorrentes exercidas pelas vítimas para suportar e aliviar as consequências psicológicas geradas pela violência (WHO, 2014).

Assim, diante dos principais aspectos envolvidos nas ocorrências de violência, a Organização Mundial de Saúde descreveu três grandes categorias de acordo com as características de quem cometeu o ato violento. A violência **auto-dirigida** é aquela que a pessoa direciona a si mesma. Quando o ato violento é infligido por outra pessoa ou por um pequeno grupo de pessoas, a violência é considerada **interpessoal**. E caso os grupos sejam maiores, como grupos políticos organizados, organizações terroristas e estado, a violência configura-se como **coletiva**.

A violência auto-infligida envolve o comportamento suicida (ideação e tentativa de suicídio) e a auto-agressão (automutilação). Já a violência interpessoal se subdivide em duas categorias: violência de família e de parceiros íntimos e violência na comunidade. A violência coletiva abrange a violência social, política e econômica, e relaciona cada subcategoria com as possíveis motivações pelas quais grandes grupos, estados ou países cometem atos violentos, dentre os quais destacam-se os ataques terroristas, as guerras e conflitos armados e o impedimento do acesso a serviços essenciais. Tais motivações podem ocorrer de maneira isolada ou agregadas (DAHLBERG, KRUG, 2007). Certamente, esta tipologia não dá conta da multiplicidade de fatores relacionados à violência, entretanto, fornece elementos úteis para a compreensão dos tipos de violência praticada em todo o mundo. Cabe ressaltar, ainda que as características e limites de transição entre os diferentes tipos de violência nem sempre se apresentam de maneira clara e tão bem definida, quer sejam na prática ou na pesquisa, evocando múltiplos olhares e abordagens para entendimento do fenômeno.

Em muitas situações cotidianas, a violência ganha visibilidade quando atrelada à criminalidade, comumente perpetrada no espaço público e cometida por desconhecidos. Contraditoriamente, quando os atos violentos ocorrem entre conhecidos e no espaço privado, costumam não ser encarados como violência. Essa perspectiva indica a gravidade da situação, pois embora sejam severas as consequências da violência doméstica, o baixo registro de denúncias e notificações evidencia a dificuldade de representá-la como tal e, conseqüentemente, afasta as possibilidades de intervenções específicas.

3.3. A violência sexual e suas interfaces com uso de drogas e transtornos mentais

Diante da diversidade da tipologia da violência, a de natureza sexual é a que adquire maior destaque e aproximação do conceito geral de violência no âmbito da saúde. A WHO define a violência sexual como:

qualquer ato sexual, tentativas de obter um ato sexual, comentários ou insinuações sexuais não desejados, atos de tráfico ou dirigidos contra a sexualidade de uma pessoa usando coerção, por qualquer pessoa, independente de sua relação com a vítima, em qualquer contexto, porém não limitado à penetração da vulva ou ânus com o pênis, outra parte do corpo ou objeto – contudo, a definição de estupro pode variar em vários países (WHO, 2010, p.11).

Em geral, atinge diferentes dimensões da vida humana podendo levar a danos profundos e duradouros no bem-estar físico, sexual, reprodutivo, mental e social do indivíduo, da família e da comunidade. Na saúde, os desfechos imediatos e a longo prazo associados a esse tipo de violência, incluem traumatismos físicos, gravidez indesejada, complicações ginecológicas, infecções sexualmente transmissíveis, transtorno de estresse pós-traumático, dentre outros. Há também a possibilidade de uma série de complicações relacionadas com a gravidez, como aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer. Além disso, comportamentos de alto risco, como tabagismo, uso nocivo de álcool e drogas e sexo não seguro são significativamente mais frequentes entre as vítimas de violência sexual e aquela praticada pelo parceiro íntimo (WHO, 2010; WHO, 2014).

O Relatório Mundial Violência e Saúde de 2014, traz também análise da violência contra mulher e a violência sexual, na qual revela que uma em cada cinco mulheres sofreu abusos sexuais quando criança e uma em cada três mulheres foi vítima de violência física ou sexual praticada por parceiro íntimo em algum momento da vida. Essa violência contribui para problemas de saúde ao longo da vida e morte prematura, principalmente entre mulheres e crianças (WHO, 2014).

Quando ocorre na infância, a violência/abuso sexual tende a ser mais prejudicial e comumente está associada ao incremento de comportamentos de risco para a saúde, como uso prejudicial de álcool e outras drogas e envolvimento com comportamentos sexuais de risco, sofrimento mental, ideações e/ou tentativas de suicídio e comportamentos auto-destrutivos (LIRA *et al*, 2017; Teixeira-Filho *et al*, 2013).

O fato da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo, ocorrer frequentemente em espaços privados, favorece a ocultação da sua ocorrência e de seus impactos, dificultando o registro da informação e conseqüentemente uma revelação subestimada dos danos causados.

É preocupante a constatação de que 15 a 71% das mulheres, no mundo, já sofreram violência física e/ou sexual perpetrada por um parceiro íntimo em algum momento de suas vidas, responsáveis por uma ampla gama de problemas, imediatos ou duradouros na esfera física, psíquica, sexual e social (GARCIA-MORENO et al., 2005).

A partir do modelo ecológico de prevenção proposto pela OMS, os principais fatores de risco para que alguém se torne vítima ou perpetrador da violência sexual foram descritos e organizados em quatro níveis, quais sejam: individual, relacional, comunitário e social. Tais fatores reforçam a amplitude dos contextos nos quais a violência pode acontecer; entre pares, parceiros íntimos e familiares, na escola, no trabalho ou na comunidade ou ainda relacionada à desigualdade de gênero e a determinados sistemas de crenças religiosas ou culturais (WHO, 2010)

Apesar da diferenciação dos níveis de ocorrência dos fatores de risco, percebe-se uma clara e dinâmica relação entre tais fatores e seus níveis.

Diante dessa configuração, a atuação no campo da prevenção da violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo não se restringe a redução dos fatores de risco e incremento dos fatores de proteção, mas requer também a abordagem de normas, crenças e valores sociais e culturais, aspectos no nível macrossocial, que compõem um contexto favorável para a ocorrência desse tipo de violência.

A maioria dos fatores associados à perpetração e à experiência da violência sexual foi identificada no nível individual ou relacional/familiar, como a honra familiar e a pureza sexual, (JEWKES, SEN, GARCIA-MORENO, 2002), ideologias da superioridade masculina (JEWKES, SEN, GARCIA-MORENO, 2002) e sanções legais fracas (WHO, 2010).

Diversos estudos constataram que o uso abusivo de álcool e outras drogas foi, usualmente, citado associado à experiência e à perpetração de violência sexual e da praticada pelo parceiro íntimo (GRAHAM et al., 2008). Desse modo, é difícil ter clareza sobre a natureza e direção da interação entre a violência praticada pelo parceiro íntimo e a violência sexual e seus comportamentos de risco para a saúde, bem como dos desfechos associados. Por exemplo, o aumento de consumo de bebida alcoólica aumenta o risco de sofrer ou perpetrar violência sexual – mas ao mesmo tempo ter sofrido anteriormente violência sexual aumenta potencialmente o risco para uso de álcool (CHIU et al., 2016).

Uma análise sistemática que reuniu os desfechos de onze estudos científicos identificou que o uso nocivo de álcool estava associado a um aumento, em 4,6 vezes, do risco de exposição à violência praticada pelo parceiro íntimo, em comparação com o uso leve ou não uso de álcool (GIL-GONZALEZ et al., 2006). Contudo apesar da relevância dos achados

em pesquisas científicas, os mesmos devem ser interpretados com cautela, uma vez que as evidências para a relação de causa-efeito entre o uso nocivo de álcool e a violência são fracas (GIL-GONZALEZ et al., 2006).

O papel do uso de álcool na experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo e de violência sexual é menos claro. Algumas análises narrativas observaram uma relação fraca ou nenhuma relação entre o uso de álcool e a experiência de violência praticada pelo parceiro íntimo ou de violência sexual (WHO, 2010).

No tocante à interface entre violência sexual e transtornos mentais, há estudos que revelam uma forte e intrínseca relação entre ambos os problemas. Uma análise qualitativa realizada junto a mulheres com transtornos mentais revelou os impactos negativos, tanto imediatos quanto a longo prazo, relacionados com a violência sexual sofrida em algum momento da vida. Alguns dos principais problemas relatados foram: perda do prazer nas relações sexuais, baixa autoestima, uso de álcool e outras drogas e ideias suicidas (BARBOSA, SOUZA, FREITAS, 2015).

3.4. Uma aproximação da relação entre violência e gênero

Diante da magnitude da violência contra mulheres, a relação entre violência e gênero assume um lugar de destaque e solicita uma ampla articulação intersetorial para o incremento dos fatores de proteção e redução de riscos relacionados às desigualdades de gênero, essenciais para o efetivo enfrentamento desta problemática. Apesar de não ser um fenômeno recente, a legitimação internacional do direito das mulheres em relação a uma vida sem violências é recente.

Ao longo de muitas décadas, governantes e sociedade em geral sustentaram posturas rígidas de que a violência contra as mulheres era algo intocável, uma questão privada, e desta maneira não cabia uma intervenção por parte do estado.

Em 1993, a Conferência Mundial de Direitos Humanos promovida pela Organização das Nações Unidas definiu a violência contra a mulher como “todo ato de violência de gênero que resulte em, ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico, incluindo a ameaça, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada” (SACRAMENTO, REZENDE, 2006, p.3). A declaração para eliminação da violência contra mulher proclamada pela Resolução 48/104, de 20 de dezembro de 1993 considerou que a violência contra mulheres envolve a violência física, sexual e/ou psicológica ocorridas na família, na comunidade ou no âmbito do Estado, quer seja perpetrada

ou tolerada. Ou seja, a violência contra a mulher envolve sofrimentos físicos e mentais infligidos, especificamente, sobre as mulheres pela condição de serem mulheres (SACRAMENTO, REZENDE, 2006).

Tal violência encontra-se profundamente enraizada no desequilíbrio de poder, um instrumento de domínio, entre homens e mulheres; nas questões relacionadas à sexualidade; na rigidez da identidade de homens e de mulheres; e ainda nas instituições sociais que mantêm e fortalecem determinadas culturas tolerantes à violência (GIFFIN, 2002). Para compor a intrínseca relação entre a violência e a cultura, Luiza Bairos, ex-ministra da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República, esclarece:

Não é a violência que cria a cultura, mas é a cultura que define o que é violência. Ela é que vai aceitar violências em maior ou menor grau a depender do ponto em que nós estejamos enquanto sociedade humana, do ponto de compreensão do que seja a prática violenta ou não (INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO, 2016, p. 1).

Para enfrentamento desse desafio e transformação da condição social da mulher, é urgente e imprescindível a redução das desigualdades de gênero, em parte favorecida pelo aumento da presença de mulheres nos espaços de poder e decisão política para afirmação de um caminho possível para o rompimento de padrões culturais limitadores e pré-determinados para homens e mulheres que reforçam a violência contra a mulher. Nessa perspectiva, a violência se configura para além de uma problemática no campo da saúde, à medida que mantêm uma estreita relação com as questões políticas, socioculturais e econômicas. Mundialmente, ao longo de muitos anos, assumiu o status de epidemia e na América Latina tem liderado o ranking como uma das principais causas de morbi-mortalidade.

Frente ao contexto mundial, a ONU Mulheres e o Gabinete do Alto Comissário para os Direitos Humanos desenvolveram ao longo de dois anos um processo participativo para construção de um Protocolo Latino-Americano para a investigação de homicídios de mulheres relacionados com o gênero. Em geral, estes homicídios são o último ato, antecedido por uma série de atos violentos e dificilmente se reconhece a cadeia violenta e mortal de eventos que culminam no feminicídio.

Acredita-se que a falta da identificação e reconhecimento da violência impossibilita a oferta de uma intervenção precoce e o estabelecimento de uma rede de apoio para impedir a continuidade com atos cada vez mais abusivos, podendo culminar nos assassinatos. Em geral, a violência contra mulheres, seja ela doméstica ou não, é altamente tolerada e normalizada, encarada muitas vezes como parte da vida feminina. A violência por parceiros íntimos e a

violência sexual por qualquer perpetrador representam uma grave e complexa violação dos direitos humanos, que pode acarretar consequências severas e persistentes na saúde individual, familiar e coletiva. Tais consequências podem envolver uma ampla gama de problemas físicos e mentais, tais como: lesões físicas, gravidez indesejada, aborto, mortalidade materna, infecções sexualmente transmissíveis, uso abusivo de álcool e outras drogas, transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade, depressão e suicídio, dentre outras.

Estudos nacionais e internacionais, têm resultado em importantes evidências científicas acerca da violência contra as mulheres, dando-lhe um lugar de destaque como um grave problema global de saúde, direitos humanos e segurança pública. É considerada, também, uma prioridade maior na agenda da saúde pública nacional e internacional, com propostas de atuação nos eixos da promoção em saúde, prevenção, tratamento e reinserção social. Diante da fragilidade da identificação e notificação dos casos de violência contra as mulheres, em 2003, foi publicada no Brasil, a Lei Federal 10.788 que instituiu a obrigatoriedade da notificação compulsória nos casos de conhecimento, suspeita ou comprovação de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos ou privados.

A notificação sistemática e organizada permite mapear as variadas formas de violência, suas consequências e agentes, para um planejamento mais adequado e efetivo de intervenções preventivas (universais, indicadas e seletivas) e assistenciais (BRASIL, 2014). Este dispositivo reconhece a violência de gênero como “qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado” (SANTINON, GUALDA, SILVA, 2010, p. 53). Contudo, a instituição da lei não garante a notificação sistemática de todos casos.

Dados apresentados, anualmente, pelo “Mapa da Violência” (WASELFISZ, 2015) são incompatíveis com os números oficiais registrados pelos profissionais dos serviços de saúde durante atendimento às mulheres vítimas de violência. Frequentemente, o medo, a vergonha e o preconceito estabelecem barreiras para a busca de serviços de saúde, sociais e da justiça e conseqüentemente comprometem de maneira significativa a identificação e notificação dos casos, bem como a implementação dos cuidados necessários, de imediato ou a longo prazo, a depender da gravidade e extensão da agressão.

Deste modo, para reforçar e viabilizar a notificação, o Ministério da Saúde publicou, a Portaria GM/MS Nº 1.271/2014 (BRASIL, 2014) que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória, incluindo as violências entre as doenças, agravos e eventos de saúde pública

que demandam obrigatoriamente a comunicação à autoridade de saúde pelos profissionais nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, de base populacional com delineamento transversal. Foi desenvolvido a partir de dados primários referentes ao banco de dados da Pesquisa Nacional sobre o perfil de usuários de crack e/ou similares do Brasil² disponibilizado pela equipe central composta por pesquisadores vinculados ao ICICT/FIOCRUZ. O estudo de base envolveu 41 estratos geográficos brasileiros, sendo: 26 capitais, Distrito Federal, 09 regiões metropolitanas e um grupo de outros municípios, denominado “Estrato do Resto do Brasil”² e contou com a parceria e colaboração de diversas instituições governamentais e não governamentais e sociedade civil em todo o país.

O ciclo da pesquisa epidemiológica envolve a transformação dos dados obtidos em informação e da informação em conhecimento para determinação dos processos saúde-doença a partir de uma análise estatística contextualizada aos grupos humanos, ambiente, tempo e espaço (ROUQUAYROL; NAOMAR, 2003). O epidemiologista assume a tarefa de analisar os resultados à luz do conhecimento epidemiológico acumulado, do contexto no qual se insere o fenômeno analisado e das características próprias, qualitativas, assumidas pelo fenômeno na sua especificidade de tempo e espaço (ROUQUAYROL; NAOMAR, 2003, p.154).

Dentre os desenhos metodológicos da epidemiologia moderna, o estudo transversal tem sido o mais empregado nas investigações no campo da Saúde Coletiva. Delineado a partir de um **corte no fluxo histórico da doença** para analisar suas características relevantes e correlações num determinado período de tempo, ou seja, fator e efeito são observados num mesmo momento, produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado (ROUQUAYROL; NAOMAR, 2003).

4.2 Cenário de Estudo

Neste recorte, os dados analisados foram referentes aos participantes dos estados integrantes da macrorregião Nordeste do Brasil. A escolha dessa região se deu pela relação

² O Estrato do Resto do Brasil envolve municípios de pequeno e médio porte selecionados para o estudo.

das pesquisadoras com a mesma, além da magnitude dos resultados apresentados pela pesquisa nacional.

A região Nordeste é uma das cinco regiões do Brasil, com a segunda maior população (56.560.081 hab.) e o terceiro maior território (1.554.291,744 km²). Dentre as regiões brasileiras, apresenta o menor Índice de Desenvolvimento Humano (0,659), o 3o maior Produto Interno Bruto (805.099) e o maior número de estados, sendo estes: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe (IBGE, 2015).

Para este estudo, foram definidos estratos geográficos representativos dos nove estados da macrorregião Nordeste, com seleção de cenas de uso de crack públicas/abertas, previamente mapeadas e visitadas pela equipe local em dias e horários pré-estabelecidos pela equipe central para recrutamento dos usuários a serem entrevistados.

4.3 Aspectos éticos

A pesquisa atendeu aos aspectos éticos dispostos na resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, tendo sido apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, sob o número CAAE 0073.0.031.000-11 (Anexo A). Para recrutamento dos participantes e participação na pesquisa, foram considerados os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, bem como a manifestação do consentimento para participação que poderia a qualquer momento ser interrompida ou suspensa, sem qualquer ônus.

A coleta de dados teve início após a ciência e autorização dos responsáveis pelos serviços envolvidos, além do consentimento dos participantes da pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (Anexo B). Aos participantes foi apresentado o TCLE, com linguagem clara e acessível, contendo informações sobre a natureza da pesquisa, objetivos, tipo de colaboração que se espera dos participantes, benefícios, potenciais riscos e desconfortos, dentre outras. Caso fossem identificados riscos e desconfortos, os pesquisadores assumiam a responsabilidade pelas providências necessárias para reduzi-los ou eliminá-los. Após ciência e concordância, o TCLE foi assinado pelos pesquisadores responsáveis e pelos participantes, em duas vias, sendo assegurada uma das vias aos participantes.

Durante a etapa de coleta, análise e publicização de dados será garantida a proteção à confidencialidade, ao sigilo e ao anonimato dos participantes. Para assegurar o anonimato a

identificação dos participantes foi codificada com a anuência dos mesmos. Em todos os momentos, foi respeitada e assegurada a autonomia do participante.

4.4 População e Amostra

A população do estudo nacional foi composta por pessoas brasileiras, maiores de 18 anos, que usaram crack e/ou similares, no mínimo, 25 dias nos últimos seis meses em cenas públicas/abertas de consumo. As cenas de uso foram previamente identificadas por diferentes dispositivos institucionais, organizações não governamentais e recursos comunitários contatados pela equipe local, e em seguida foram selecionados pela equipe central para visitação pela equipe local para recrutamento dos usuários. É importante ressaltar que neste recorte foram mantidos os critérios de inclusão do estudo nacional e os dados coletados foram analisados sob a perspectiva regional, tendo como referência o método da proposta nacional.

Assim, será brevemente descrito o método de delineamento amostral complexo e desenho da pesquisa detalhado em publicação anterior³. Posteriormente, serão apresentados os procedimentos e tratamento dos dados referentes à análise dos resultados relacionados à macrorregião nordeste, cenário deste estudo.

Para a definição da amostragem probabilística foi utilizado o método Time-Location Sampling (TLS), similar ao Venue-based sampling. O TLS é um método que define a amostragem por conglomerados físicos e temporais a partir de dois ou três níveis de seleção, considerado adequado para investigação com população de difícil acesso como homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e jovens em situação de risco (RAYMOND, 2007).

Nessa perspectiva, os usuários de crack também são considerados como uma população de difícil acesso por ser rara, devido à pouca frequência, além da dificuldade de identificação dos locais de uso e de seu ocultamento, por ser comportamento ilegal de uso de drogas. Diante destas características, torna-se praticamente impossível enumerá-los, tendo em vista a ausência de um cadastro específico de usuários de drogas que pudesse ser acessado em um determinado local para fins de contagem e investigação (BERTONI, VASCONCELLOS, BASTOS, 2014). Nem tão pouco, seria viável a utilização de um método clássico de amostragem probabilística com risco de respostas enviesadas.

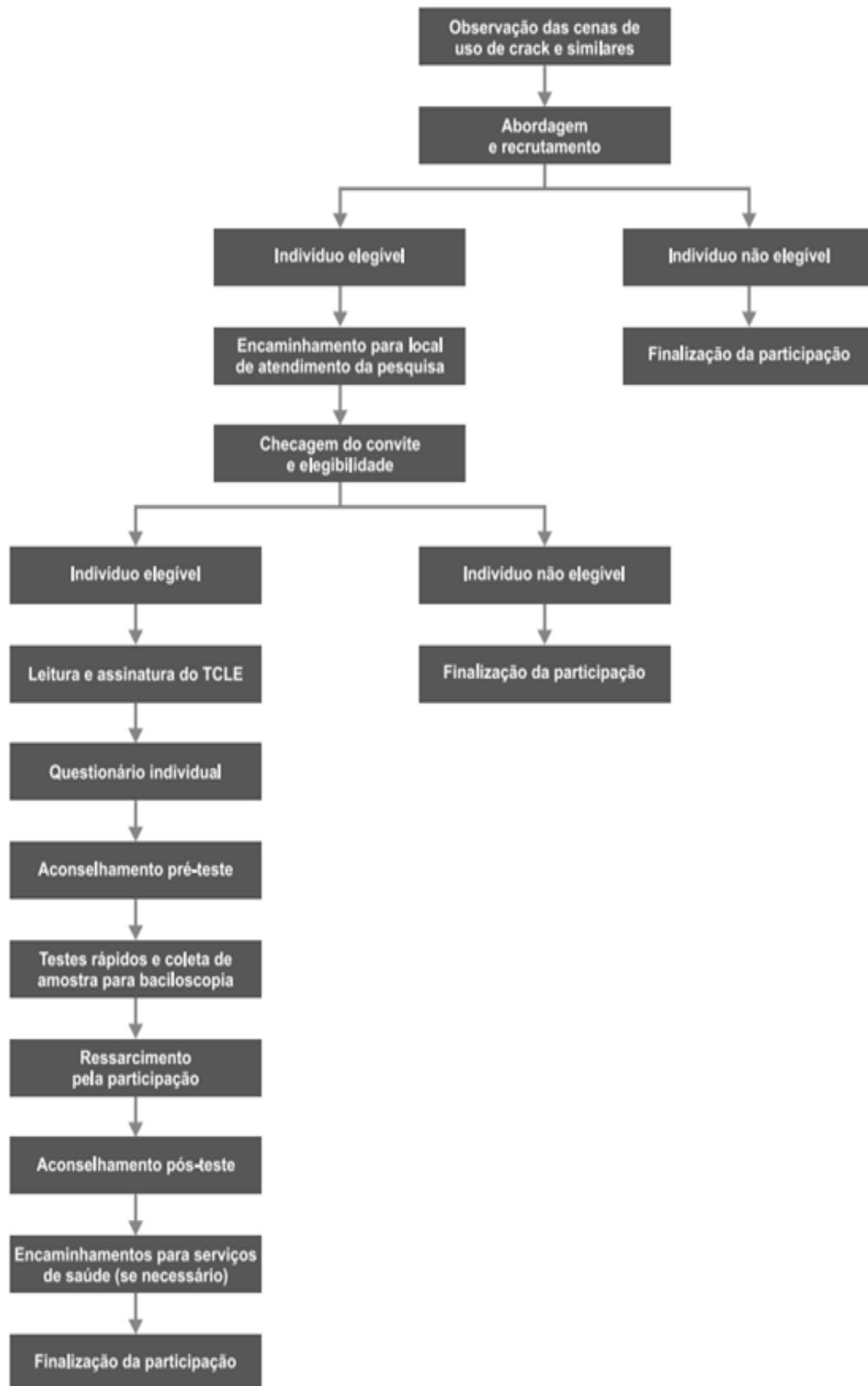
³Relatório da Pesquisa disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>

Assim, com base no método TLS e amostragem inversa, o estudo nacional iniciou-se com a construção de um cadastro amostral (frame) contendo informações referentes às unidades de amostragem (cenas de uso de crack), identificadas a partir do mapeamento dos locais onde se concentravam os usuários de crack nos diferentes municípios/regiões do Brasil com o registro dos dias da semana e turno/horários de funcionamento das cenas.

O conjunto espaço-dia-hora (EDH) compôs o cadastro amostral, sendo utilizado como referência para a seleção dos locais de pesquisa/visitação. Após o mapeamento das cenas, foram estabelecidos, aleatoriamente, os locais, dias da semana, turnos e horários distintos para a visita das equipes de cada município e desenvolvimento das etapas seguintes do inquérito epidemiológico: observação, recrutamento, realização das entrevistas e testagens sorológicas (BERTONI, VASCONCELLOS, BASTOS, 2014).

A partir das visitas para observação, os observadores/recrutadores integrantes da equipe local realizaram o preenchimento individual do Caderno de Campo com informações relacionadas à dinâmica, mobilidade e acessibilidade das cenas de uso. Concluído o período de observação, os mesmos componentes iniciavam o recrutamento aleatório de usuários na saída das cenas de uso. Quando considerados elegíveis, os usuários recrutados eram, geralmente, transportados pela equipe em veículo alugado para o local previamente organizado para a realização das entrevistas individuais e coleta de exames (BERTONI, VASCONCELLOS, BASTOS, 2014).

Quadro 1 - Organograma do fluxo dos indivíduos para coleta de dados na Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack.



Fonte: Bastos; Bertoni, 2014, p. 28.

Inicialmente, o tamanho da amostra do Inquérito Epidemiológico Nacional para macrorregião Nordeste foi dimensionada em 6.200 usuários de crack e/ou similares. Na macrorregião Nordeste, a amostra analisada foi constituída por 2.283 usuários de crack e/ou similares. A divergência entre o número da amostra estimado e o efetivamente amostrado foi devido, principalmente, à mudança da realidade das cenas de uso de crack mapeadas antes do início da fase de recrutamento de usuários e coleta de dados (BASTOS, BERTONI, 2014).

Trata-se de um delineamento amostral complexo, por envolver simultaneamente amostra estratificada e por conglomerados. Os grandes planejamentos amostrais como este, de base nacional, requerem um desenho que considere as distintas probabilidades de seleção, de estratificação e de conglomeração para unidades e dessa forma identificar as regulações necessárias para compensar não-resposta (MEDRONHO et al., 2009). A amostragem estratificada permite a obtenção de estimativas mais precisas para subgrupos da população estudada. Assim, esse tipo de amostragem exige um conhecimento prévio da população para que ela seja dividida em estratos, ou seja, subgrupos disjuntos e homogêneos, para os quais serão estabelecidos tamanhos de amostra de maneira separada e independente. Dessa forma, espera-se uma pequena variabilidade nos estratos (intra) e maior entre os estratos. A amostra completa será representada pela agregação das amostras de cada subgrupo/estrato (MEDRONHO et al., 2009).

Somada a este tipo de amostragem, também se utilizou a amostragem por conglomerados, definida como uma “amostra aleatória simples na qual cada unidade de amostragem é um grupo ou conglomerado (cluster) de elementos” (MEDRONHO et al., 2009). O conglomerado representa um grupo constituído de maneira natural por elementos da população, que apresentam características muito heterogêneas internamente, entretanto, entre os conglomerados revelam comportamento similar. O número de elementos nos conglomerados deve ser pequeno em relação ao tamanho da população, enquanto espera-se um número razoavelmente grande de conglomerados (MEDRONHO et al., 2009).

No Quadro 2, pode-se observar o tamanho da amostra prevista e o número de usuários recrutados e efetivamente entrevistados em cada estado da macrorregião Nordeste.

Quadro 2 - Tamanhos da amostra de usuários de crack recrutados e entrevistados.

Estrato geográfico	Previsto	Recrutado		Entrevistado		Entrevistados em relação a recrutados
	<i>f</i>	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	%
Maceió	400	79	19,8	54	13,5	68,4
Salvador	600	475	79,2	204	34	42,9
Fortaleza	600	430	71,7	390	65	90,7
São Luís	400	91	22,8	65	16,3	71,4
João Pessoa	400	140	35	88	22	62,9
Recife	600	287	47,8	91	15,2	31,7
Teresina	400	230	57,5	223	55,8	97
Natal	400	252	63	234	58,5	92,9
Aracaju	400	455	113,8	395	98,8	86,8
RM* Salvador	400	253	63,3	119	29,8	47
RM* Fortaleza	400	205	51,3	187	46,8	91,2
RM* Recife	600	76	12,7	53	8,8	69,7
RB** Nordeste	600	188	31,3	180	30	95,7
Total	6200	3161	98	2283	151	144

Fonte: Bastos; Bertoni, 2014, p. 42.

*RM: Região Metropolitana, **RB: Resto Brasil.

4.5 Coleta de Dados

A etapa de coleta dos dados quantitativos, em nível nacional, foi desenvolvida no período de dezembro de 2010 a março de 2013 pela equipe de campo composta por observadores/recrutadores, entrevistadores, coletadores e supervisores definida para cada município. Os instrumentos utilizados foram: folha de coleta, questionário de elegibilidade, convite e questionário individual, todos elaborados pela equipe central do ICICT/FIOCRUZ.

A Folha de Coleta (Anexo C) continha informações sobre o endereço da casa, dia da semana e horário da visita para recrutamento dos participantes. Quando recrutados na saída das casas de uso de crack, era aplicado o Questionário de Elegibilidade (Anexo D) com informações referentes ao sexo e características pessoais, além das perguntas: 1) Já foi

convidado a participar desta pesquisa?, 2) Tem 18 anos ou mais?, 3) Usou crack e/ou similares pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses?. Tal instrumento foi utilizado para verificar os critérios de elegibilidade e confirmar se a pessoa recrutada era a mesma que chegava para a entrevista. Caso se confirmasse a elegibilidade e não fosse possível realizar a entrevista e testagens naquele momento e/ou local, o recrutador entregava o Convite (Anexo E) com as informações do local e horário de atendimento para entrevista.

Na chegada para entrevista, após confirmação da elegibilidade, o participante assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE e seguia para a aplicação do Questionário Individual (Anexo F) com 111 questões distribuídas nas seguintes seções temáticas: informações sociodemográficas, uso de drogas, mobilidade, risco de doenças infecciosas, comportamento sexual, estado de saúde, serviços sociais e de tratamento de saúde, envolvimento com o sistema da justiça criminal. Imediatamente após o término dos procedimentos da pesquisa, o participante recebia um ticket alimentação no valor de R\$ 20,00 (vinte reais) para cobrir as despesas de alimentação. A informação quanto ao ressarcimento estava inserida no Formulário de Consentimento Informado e era repassada durante a leitura e esclarecimento do mesmo aos participantes da pesquisa, como forma de compensação da alimentação no período de realização da entrevista e coleta de exames, e não como pagamento pela participação.

Em 2016, após autorização e cessão do banco de dados da pesquisa nacional pela FIOCRUZ, realizou-se o recorte das informações referentes aos participantes dos estados integrantes da macrorregião Nordeste. A partir do questionário original utilizado a nível nacional, foram selecionadas 26 questões que mantinham relação com os objetivos da pesquisa, distribuídas nas seções temáticas: informações sociodemográficas, uso de drogas, comportamento sexual, problemas de saúde mental/emocional.

4.6 Variáveis selecionadas

Com o objetivo de identificar os fatores associados à violência sexual foram definidos dois desfechos principais: (1) exposição à violência sexual na vida; e (2) exposição à violência sexual no último ano. Ambos foram apresentados como variáveis dicotômicas (sim/não), investigados a partir de duas questões incluídas no questionário epidemiológico na seção referente ao comportamento sexual, quais sejam: (1) Alguma vez na vida alguém forçou você fisicamente a ter relações sexuais contra sua vontade? (2) No último ano, alguém forçou

você fisicamente a ter relações sexuais contra sua vontade? Neste estudo, considerou-se **violência sexual a ocorrência da relação sexual forçada com uso de força física.**

É importante destacar que na análise das associações foram consideradas as variáveis violência sexual com relacionamentos e comportamentos sexuais nos últimos 30 dias e com problemas mentais/emocionais e uso de outras drogas nos 12 meses anteriores à pesquisa. Dentre os relacionamentos e comportamentos sexuais foram pesquisadas informações referentes à fonte de renda que envolve relação sexual, aos tipos de parceiros (fixos, parceiros eventuais/casuais e parceiros comerciais) e uso de camisinha. Quanto aos problemas mentais/emocionais sofridos, no último ano, foram abordados: tristeza/pessimismo, sentimentos de culpa/punição, ansiedade, impaciência ou irritabilidade, dificuldade de dormir, dificuldade de concentração, perda de interesse sexual, baixa auto-estima e pensou em se matar. Além destas, foram selecionadas para análise descritiva as variáveis:

Sexo - variável qualitativa e dicotômica, definida para indicar o sexo do entrevistado, categorizada em masculino e feminino.

Situação conjugal - variável qualitativa e categórica definida pela informação da situação conjugal, categorizada em solteiro(a), casado(a) ou mora com companheiro(a), separado(a) ou divorciado(a), viúvo(a) e não sabe. Para as análises de associação, a variável foi recodificada com as categorias Sem companheiro e Com companheiro.

Cor/Raça – variável qualitativa/categórica, definida para indicar a cor, conforme auto-declaração, categorizada em pardo/moreno/mulato/marrom, preto/negro, branco, amarelo/asiático, indígena, não sabe, recusou.

Escolaridade – variável qualitativa e ordinal definida para indicar até que série/grau o entrevistado estudou. Classificada em 12 categorias: não completou nenhuma série, alfabetização (completa), 1º a 3º série do fundamental (1º grau), 4º a 7º série do fundamental (1º grau), fundamental (1º grau) completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, nível técnico incompleto ou completo, superior incompleto, superior completo, não sabe e recusou.

Moradia - variável qualitativa/categórica e nominal, definida como o lugar no qual o entrevistado viveu ou passou/dormiu a maioria das noites nos últimos 30 dias. Categorizada em apartamento/casa próprio ou da família, apartamento/casa/quarto alugado ou de amigos, moradia temporária (hotel, abrigo, etc), na rua (sem teto) e outros locais.

Ocupação - variável qualitativa e categórica, definida como a ocupação/trabalho principal atual do entrevistado a partir das categorias: servidor público, empregado com carteira de trabalho, empregado sem carteira de trabalho, trabalho por conta

própria/autônomo, trabalhos esporádicos/bicos, não trabalho atualmente, estudante, dona de casa, aposentado/em benefício, não sabe e recusou.

Fonte de Renda - variável qualitativa/categórica para identificação das fontes de dinheiro/renda do entrevistado nos últimos 30 dias. Categorizada em renda de assistência/benefício (assistência social, seguro, previdência desemprego, benefício por doença); família/parceiro(a)/amigos (empréstimos/presentes); trabalho regular com carteira assinada; trabalho regular sem carteira assinada; trabalho por conta própria/autônomo; trabalhos esporádicos/bicos; preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas; profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro; atividade ilícita (outra que não tráfico de drogas, como: furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatário, etc); pedir esmolas e outras.

Uso de drogas - variável qualitativa/categórica para identificação das drogas usadas, sem prescrição médica, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias. Foram definidas como categorias, as drogas: álcool, tabaco, maconha/haxixe, anfetaminas/remédios para emagrecer/metanfetaminas/ritalina, ecstasy/MDMA, cocaína, crack, merla, pasta base, oxi, benzodiazepínico/diazepan, heroína/metadona/dolantina, morfina ou outro opioide que não a codeína, tylex ou outra forma de codeína, inalantes/cola/solvente/tiner/loló, LSD, mistura de drogas e outra. Para cada droga especificada deveria ser assinalada uma das opções dicotômicas: sim ou não.

4.7 Processamento e análise dos dados

As entrevistas coletadas pela equipe local em cada município foram enviadas via Teleform para processamento pela equipe central vinculada ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. As variáveis do estudo foram codificadas para o banco de dados do pacote estatístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (S.P.S.S.) for Windows versão 20. Foi desenvolvida uma análise descritiva, e em seguida verificadas as associações entre as variáveis. As variáveis relacionadas à violência sexual foram dicotômicas (sim/não) e as demais apresentaram múltiplas respostas. O teste Qui-Quadrado (X^2) foi utilizado, com Intervalo de Confiança 95%, para testar as variáveis categóricas, permitindo verificar se existe uma relação ou associação entre duas variáveis (DANCEY, REIDY, 2013).

A análise dos dados considerou a amostra complexa e obedeceu às características do plano amostral da pesquisa nacional⁴, tanto na parte descritiva quanto no cruzamento e verificação das associações entre variáveis.

A associação estatística foi verificada a partir de análise bivariada, utilizando como instrumentos de medida, o Odds Ratio (OR) e a Razão de Prevalência (RP), indicadores que medem a força ou magnitude da associação entre variáveis.

O Odds Ratio ou Razão de Chances (OR) foi utilizado com o “objetivo de responder se a chance de desenvolver a doença no grupo de expostos é maior (ou menor) do que no grupo de não-expostos” (MEDRONHO *et al*, 2009, p.183). Vale destacar que o valor de $OR > 1$ indica associação entre a exposição ao fator e o efeito (doença/agravo), ou seja, que o fator em estudo é um fator de risco. Inversamente, o $OR < 1$, indica que o fator em estudo é um fator protetor. Entretanto, é evidente que a análise dos resultados não pode ser feita de maneira independente e isolada de outros fatores relacionados à ocorrência de determinadas doenças e agravos.

A interpretação da Razão de Prevalência (RP) é similar ao do Risco Relativo (RR), entretanto considera a prevalência ao invés da incidência. Nesse estudo, a RP foi utilizada para avaliar a força de associação entre a violência sexual e os problemas de saúde mental/emocional no último ano.

Os dados descritivos e associativos resultantes das análises foram interpretados e discutidos à luz do conhecimento epidemiológico sobre a temática uso de crack e violência sexual, construído a partir de estudos anteriores e de literatura científica pertinentes. É válido ainda salientar que foram devidamente consideradas as especificidades do contexto no qual revelaram-se os fenômenos analisados em consonância com as características apresentadas pela população estudada.

⁴ O relatório completo da Pesquisa Nacional, realizada pela Fiocruz encontra-se disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>

5. RESULTADOS

Os resultados do estudo são apresentados em categorias: Perfil sociodemográfico de usuários de crack da macrorregião Nordeste, Caracterização do consumo de drogas, Caracterização do comportamento sexual, Caracterização de problemas de saúde mental/emocional, Prevalência de violência sexual na vida e no último ano; e por fim as categorias referentes às análises das associações entre violência sexual e características sociodemográficas, comportamentos sexuais, problemas de saúde mental/emocional e uso de drogas.

5.1 Perfil sociodemográfico de usuários de crack da macrorregião Nordeste

Nessa primeira categoria serão apresentados resultados descritivos a partir das variáveis relacionadas às características sociodemográficas da amostra analisada, buscando traçar o perfil de **usuários de crack da macrorregião Nordeste**, bem como destacar condições importantes a serem consideradas para analisar a exposição à violência e a manifestação de problemas mentais e/ou emocionais. As tabelas 1, 2 e 3 descrevem as principais características sociodemográficas desse grupo populacional.

Na macrorregião Nordeste, conforme observado na Tabela 1 há predominância do sexo masculino nas cenas de uso de crack, correspondendo a 82,4%.

A pesquisa revelou a faixa etária de 25 a 34 anos (41,8%) como a mais frequente, seguida da faixa etária de 18 a 24 anos (32,5%) que envolve adolescentes e jovens. Na Tabela 1, pode-se verificar ainda que na faixa etária de 35 a 44 anos, concentram-se 18,4% dos usuários entrevistados. As faixas etárias de 45 a 54 anos e 55 a 64 anos, apresentam as menores frequências, com 6,2% e 1,1%, respectivamente. A partir desses dados, pode-se afirmar que os usuários de crack são, majoritariamente, adultos jovens com média de idade de 30,4 anos.

Em relação à cor/raça, 62,5% dos usuários se declararam pardos e 17,1% negros. A parcela de brancos correspondeu a 16,7%.

Quanto à situação conjugal, 56,7% estavam solteiros, 29,9% casados ou morando com companheiro e 11,7% separados ou divorciados.

No que diz respeito à escolaridade, os dados evidenciaram a baixa escolaridade de usuários de crack, com 69,1% apresentando ensino fundamental incompleto, seguido por 9,5% com fundamental completo. Apenas 7,1% informou ter concluído o ensino médio e 0,2% o ensino superior completo.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).

Características	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Sexo			
Masculino	82,4	78,0	86,0
Feminino	17,6	14,0	22,0
Faixa etária			
18 a 24	32,5	28,6	36,6
25 a 34	41,8	37,3	46,5
35 a 44	18,4	15,4	21,7
45 a 54	6,2	4,5	8,5
55 a 64	1,1	0,5	2,4
Cor/Raça			
Pardo/moreno/mulato/marrom	62,5	57,4	67,3
Preto/Negro	17,1	13,6	21,2
Branco	16,7	12,4	22,0
Amarelo/asiático	2,4	0,8	7,6
Indígena	1,0	0,3	3,0
Não sabe	0,3	0,2	0,7
Recusou	0,0	0,0	0,2
Situação Conjugal			
Solteiro(a)	56,7	52,1	61,2
Casado(a) ou mora com companheiro(a)	29,9	25,5	34,7
Separado(a) ou divorciado(a)	11,7	9,7	14,0
Viúvo(a)	1,7	1,0	2,7
Não sabe	0,0	0,0	0,1
Escolaridade			
Nenhuma	6,0	3,9	9,1
Alfabetização (completa)	1,1	0,7	1,9
1º a 3º série do fundamental (1º grau)	24,7	19,3	30,9
4º a 7º série do fundamental (1º grau)	44,4	40,8	48,0
Fundamental (1º grau) completo	9,5	6,2	14,3
2º grau incompleto	5,0	3,7	6,7
2º grau completo	7,1	4,9	10,3
Nível técnico incompleto ou completo	0,3	0,1	1,1
Superior incompleto	1,4	0,4	5,0
Superior completo	0,2	0,1	0,9
Não sabe	0,2	0,1	0,5

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil”

Na tabela 2, pode-se observar que apesar de 40,6% dos usuários terem referido a casa própria ou da família e 23,9% o apartamento/casa/quarto alugado ou de amigos como moradia, um número expressivo, correspondente a 29,0%, encontrava-se na rua (sem teto). Apenas 3,4% dos entrevistados informaram moradia temporária, como hotel, abrigo, dentre outras.

Tabela 2 – Usuários de crack segundo moradia nos últimos 30 dias. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2.283).

Características	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Apartamento/casa próprio ou da família	40,6	33,5	48,1
Na rua (sem teto)	29,0	22,2	36,8
Apartamento/casa/quarto alugado ou de amigos	23,9	17,3	32,0
Moradia temporária (hotel, abrigo, etc)	3,4	1,8	6,3
Outros locais	3,2	1,9	5,3

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil”.

Quanto à ocupação, os usuários de crack realizavam, majoritariamente, trabalhos informais. Do total, 37,2% afirmaram desenvolver trabalhos esporádicos/bicos, 23,4% trabalhavam por conta própria/autônomo e 23,4% não estavam trabalhando no momento da entrevista. Apenas 9,1% e 2,2% estavam empregados sem e com carteira de trabalho, respectivamente. Vale destacar ainda que 2,2% afirmaram trabalhar como dona de casa (Tabela 3).

Tabela 3 – Usuários de crack segundo ocupação atual. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).

Características	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Ocupação atual			
Trabalhos esporádicos/bicos	37,2	31,3	43,5
Trabalho por conta própria/autônomo	23,4	20,1	27,1
Não trabalha atualmente	23,4	18,5	29,0
Empregado sem carteira de trabalho	9,1	6,4	12,9
Empregado com carteira de trabalho	2,2	1,4	3,3
Dona de casa	2,2	1,1	4,4
Aposentado/em benefício	0,9	0,5	1,7
Servidor público	0,5	0,2	1,3
Estudante	0,2	0,1	0,5
Não sabe	0,8	0,2	3,3
Recusou	0,1	0,1	0,3

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil”.

Em relação à fonte de renda (Tabela 4), as formas mais frequentes de obtenção de dinheiro entre os usuários de crack da macrorregião Nordeste compreendem o trabalho esporádico/bicos (48,7%) e o trabalho por conta própria/autônomo (25,6%). A família/parceiro(a)/amigos foi referida por 15,7% dos usuários, proporção aproximada daqueles que responderam pedir esmolas como fonte de renda (14,1%). O trabalho regular foi informado por 13,4% dos usuários, destes 10,9% sem carteira assinada e apenas 2,5% com carteira assinada. Do total de entrevistados, 12,8% tiveram atividades ilícitas como fonte de renda, sendo 8,4% relacionadas a furtos, roubos e/ou vendas de pirataria e 4,4% ao tráfico de drogas. A renda obtida através da troca de sexo por dinheiro/profissional do sexo foi informada por 6,8% dos usuários e apenas 5,6% de benefício (assistência social, seguro desemprego, previdência, benefício por doença).

Tabela 4 – Usuários de crack segundo fonte de renda. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).

Características	%	IC95%	
		Inferior	Superior
Fonte de Renda [30]*			
Trabalhos esporádicos/bicos	48,7	41,1	56,4
Trabalho por conta própria/autônomo	25,6	20,6	31,5
Família/parceiro(a)/amigos (empréstimos/presentes)	15,7	12,2	20,1
Pedir esmolas	14,1	9,9	19,8
Trabalho regular sem carteira assinada	10,9	7,6	15,6
Atividade ilícita (outra que não tráfico de drogas como: furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatário)	8,4	5,1	13,7
Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro	6,8	4,8	9,6
Renda de assistência/benefício	5,6	3,7	8,4
Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas	4,4	2,9	6,7
Trabalho regular com carteira assinada	2,5	1,6	3,9
Outras	6,3	3,9	10,2

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil”.

[30]*: nos últimos 30 dias, múltiplas respostas.

5.2 Caracterização do consumo de outras drogas entre usuários de crack

A Tabela 5 apresenta a frequência das drogas, lícitas e ilícitas, consumidas pelos usuários de crack da macrorregião Nordeste do Brasil no último ano e nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. No último ano, as drogas lícitas, álcool e tabaco, assumiram as maiores proporções, 82,6% e 82,1%, respectivamente. Apesar de observar-se uma redução quando considerados os últimos 30 dias, tabaco e álcool, mantêm-se como as drogas mais consumidas.

Entre as drogas consideradas ilícitas, a maconha/haxixe (68,6% e 63,1) foi a mais consumida, no último ano e nos últimos 30 dias, respectivamente. Em seguida, as drogas mais consumidas no último ano e nos últimos 30 dias são: cocaína (34% e 21,9%), inalantes (24,7% e 15,7%), benzodiazepínicos (16,6% e 10,3%), Oxi (12,9% e 4,0%), Merla (7,5% e 6,0%), Ecstasy/MDMA (4,4% e 0,6%), Pasta base (3,6% e 0,8%), LSD (3,4% e 8,6%), Anfetaminas/remédios para emagrecer/metanfetaminas/ritalina (2,4% e 1,9%), Heroína/metadona/dolantina/Morfina ou outro opióide que não a codeína (0,6% e 0,1%) e Tylex ou outra forma de codeína (0,2% e 0,1%). Dentre as drogas pesquisadas, o LSD foi a única droga que apresentou consumo maior nos últimos 30 dias, em comparação ao último ano.

Tabela 5 – Consumo de outras drogas entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).

(continua)

Droga ¹	No último ano		Nos últimos 30 dias	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Tabaco	82,6	75,1 - 88,2	81,5	74,2 - 87,0
Álcool	82,1	78,4 - 85,3	76,4	72,6 - 79,7
Maconha/haxixe	68,6	60,1 - 76,0	63,1	53,9 - 71,5
Cocaína	34,0	27,1 - 41,5	21,9	16,4 - 28,7
Inalantes/cola/solvente/tiner/loló	24,7	19,9 - 30,2	15,7	12,1 - 20,1
Benzodiazepínicos	16,6	12,3 - 21,9	10,3	6,0 - 17,2
Oxi	12,9	9,5 - 17,3	4,0	2,5 - 6,1
Merla	7,5	5,4 - 10,2	6,0	4,4 - 8,1
Ecstasy/MDMA	4,4	2,4 - 7,8	0,6	0,3 - 1,2
Pasta base	3,6	1,7 - 7,5	0,8	0,4 - 1,7
LSD	3,4	1,5 - 7,2	8,6	4,1 - 17,3
Anfetaminas/remédios para emagrecer/metanfetaminas/ritalina	2,4	1,0 - 5,8	1,9	0,6 - 5,7

(conclusão)

Droga ¹	No último ano		Nos últimos 30 dias	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Heroína/metadona/dolantina/Morfina ou outro opioide que não a codeína	0,6	0,3 - 1,2	0,1	0,1 - 0,4
Tylox ou outra forma de codeína	0,2	0,1 - 0,5	0,1	0,0 - 0,5

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil”.

¹Múltiplas respostas.

5.3 Caracterização do comportamento sexual entre usuários de crack da macrorregião Nordeste

Em relação ao comportamento sexual, a Tabela 6 destaca o tipo de parceiros/as nas relações sexuais, bem como o número de parceiros/as e uso de camisinha, nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa. Do total de usuários entrevistados, 58,1% informaram ter tido relações sexuais com mulheres, 17,5% com homens e 2,1% com travestis. Vale destacar ainda que, habitualmente, 1,6% relataram relações sexuais com mulheres, mas às vezes com homens e 0,5% com homens, mas às vezes com mulheres. Ademais, 24% dos usuários não tiveram relações sexuais nos últimos 30 dias.

Com relação ao tipo de parceiros, foram estabelecidas as categorias fixos/as, eventuais e comerciais (deu ou recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo). As relações sexuais com parceiros/as fixos concentraram 59,7% dos usuários, parceiros/as eventuais foram informados por 57,2%. Um número expressivo de usuários afirmou que deu ou recebeu dinheiro/drogas em troca de sexo, 28,2% e 21,5%, respectivamente.

Nas relações sexuais com parceiros fixos/as, 82,6% dos usuários tiveram apenas um/a parceiro/a, 16,3% dois a cinco parceiros/as, 0,1% seis a dez parceiros/as e 1% mais de dez parceiros/as. Nestas relações, 59,3% dos usuários informaram não ter usado camisinha, por outro lado 20,6% usaram todas as vezes, 8,9% usaram em mais da metade das vezes e 11,2% usaram em menos da metade das vezes.

Quando consideradas as relações sexuais com parceiros eventuais, 17,5% tiveram um/a parceiro/a. O maior número de usuários, 61,4%, informou dois a cinco parceiros/as, enquanto uma proporção muito próxima, 10,5% e 10,6% tiveram seis a dez parceiros/as e mais de dez parceiros/as em suas relações sexuais nos últimos 30 dias. Entre os usuários entrevistados, 18,0% não fizeram uso de camisinha em nenhuma das relações, de outro lado 52,3% usaram todas as vezes, 13,5% em mais da metade das vezes e 16,1% usaram em menos da metade das vezes. Nas relações em que os usuários deram ou receberam dinheiro observam-se diferenças proporcionais

significativas nos números de parceiros/as e uso de camisinha. Os usuários que deram ou receberam dinheiro/drogas em troca de sexo tiveram um/a parceiro/a (30,8% e 28,1%), dois a cinco parceiros/as (51,5% e 48,5%), seis a dez parceiros/as (14,6% e 9,7%) e mais de dez parceiros/as (3,1% e 13,6%), respectivamente. Quanto ao uso de camisinha nas situações em que deu dinheiro/drogas em troca de sexo, 15,9% dos usuários não usou camisinha em nenhuma das relações sexuais, 9,6% usaram em menos da metade das vezes, 11,1% em mais da metade das vezes e 63,4%, a maior proporção, usaram todas as vezes. Nas situações em que recebeu dinheiro/drogas em troca de sexo, 18,4% dos usuários informaram não ter usado camisinha em nenhuma das vezes, 14,4% usaram em menos da metade das vezes, 13,8% em mais da metade das vezes e 53,4% usaram todas as vezes.

Tabela 6 - Características do comportamento sexual entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).

Relações sexuais ^{[30]*}	%	(Continua)	
		IC 95%	
		Inferior	Superior
Com mulheres	58,1	51,8	64,1
Com homens	17,5	14,0	21,8
Com travestis	2,1	0,8	5,3
Habitualmente com mulheres, mas às vezes com homens	1,6	0,9	2,8
Habitualmente com homens, mas às vezes com mulheres	0,5	0,2	1,1
Não teve	24,0	18,5	30,3
Relação sexual com parceiros/as FIXOS/AS^[30]			
Sim	59,7	54,8	64,4
Não	40,3	35,6	45,2
Número de parceiros/as FIXOS/AS^[30]			
Um/a parceiro/a	82,6	76,2	87,5
2 a 5 parceiros/as	16,3	11,5	22,6
6 a 10 parceiros/as	0,1	0,0	0,3
Mais de 10 parceiros/as	1,0	0,3	3,1
Uso de camisinha com parceiros/as FIXOS/AS^[30]			
Nenhuma das vezes	59,3	51,4	66,8
Menos da metade das vezes	11,2	7,4	16,5
Mais da metade das vezes	8,9	3,9	19,1
Todas as vezes	20,6	16,6	25,2

(Continua)

Relações sexuais ^{[30]*}	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Relação sexual com parceiros/as EVENTUAIS^[30]	57,2	49,1	64,8
Sim	57,2	49,1	64,8
Não	42,8	35,2	50,9
Número de parceiros/as EVENTUAIS^[30]			
Um/a parceiro/a	17,5	11,8	25,3
2 a 5 parceiros/as	61,4	49,6	72,0
6 a 10 parceiros/as	10,5	6,5	16,5
Mais de 10 parceiros/as	10,6	6,5	16,7
Uso de camisinha com parceiros/as EVENTUAIS^[30]			
Nenhuma das vezes	18,0	12,3	25,6
Menos da metade das vezes	16,1	10,1	24,8
Mais da metade das vezes	13,5	7,9	22,1
Todas as vezes	52,3	46,1	58,5
DEU dinheiro ou drogas em troca de sexo^[30]			
Sim	28,2	23,2	33,9
Não	71,8	66,1	76,8
Número de parceiros/as para os quais DEU dinheiro ou drogas em troca de sexo^[30]			
Um/a parceiro/a	30,8	22,3	40,7
2 a 5 parceiros/as	51,5	38,8	64,1
6 a 10 parceiros/as	14,6	7,9	25,3
Mais de 10 parceiros/as	3,1	1,5	6,5
Uso de camisinha nas situações em que DEU dinheiro ou drogas em troca de sexo^[30]			
Nenhuma das vezes	15,9	10,1	24,0
Menos da metade das vezes	9,6	4,2	20,5
Mais da metade das vezes	11,1	5,5	21,4
Todas as vezes	63,4	56,2	70,1

(Continua)

Relações sexuais ^{[30]*}	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
RECEBEU dinheiro ou drogas em troca de sexo^[30]			
Sim	21,5	17,1	26,8
Não	78,5	73,2	82,9
Número de parceiros/as dos quais RECEBEU dinheiro ou drogas em troca de sexo^[30]			
Um/a parceiro/a	28,1	17,9	41,3
2 a 5 parceiros/as	48,5	33,1	64,2
6 a 10 parceiros/as	9,7	4,8	18,6
Mais de 10 parceiros/as	13,6	8,3	21,6
Uso de camisinha nas situações em que RECEBEU dinheiro ou drogas em troca de sexo^[30]			
Nenhuma das vezes	18,4	11,7	27,8
Menos da metade das vezes	14,4	6,5	29,2
Mais da metade das vezes	13,8	4,3	36,3
Todas as vezes	53,4	38,6	67,6

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil”.

[30]*: nos últimos 30 dias, múltiplas respostas.

5.4 Caracterização de problemas de saúde mental/emocional entre usuários de crack

Na tabela 7, destacam-se os problemas de saúde mental e ou emocionais mais frequentes: tristeza/pessimismo (76,7%), ansiedade/impaciência ou irritabilidade (61,8%), sentimentos de culpa/punição (57,8%) e dificuldade de dormir (50,5%). Os outros problemas também apresentaram uma frequência considerável e merecem destaque. A baixa auto-estima e a dificuldade de concentração foram informadas por 45,7% e 41,7% dos usuários, respectivamente. Do total, 38,5% dos usuários pensou em se matar e 32% teve perda de interesse sexual.

Tabela 7 - Usuários de crack segundo problemas de saúde mental/emocional. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2283).

Problema de saúde mental/emocional no último ano ^a	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Tristeza/pessimismo	76,7	71,1	81,5
Ansiedade, impaciência ou irritabilidade	61,8	54,4	68,7
Sentimentos de culpa/punição	57,8	53,2	62,2
Dificuldade de dormir	50,9	47,0	54,9
Baixa auto-estima	45,7	41,0	50,5
Dificuldade de concentração	41,7	38,4	45,2
Pensou em se matar	38,5	33,7	43,6
41			
Perda de interesse sexual	32,0	27,9	36,4

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil”.

^a múltiplas respostas.

5.5 Exposição à violência sexual entre usuários de crack

Nessa categoria serão apresentadas as prevalências de violência sexual na vida e no último ano segundo o sexo. É importante ressaltar que os números absolutos (n) foram projeções calculadas a partir das frequências observadas para a variável sexo (masculino e feminino). O cálculo de tais projeções baseou-se na ponderação da amostra e, deste modo, preservou os pesos relativos atribuídos aos indivíduos na amostra.

A análise dos dados revelou que a prevalência de violência sexual *na vida* entre usuários de crack foi de 15,8%. Entre os usuários que sofreram violência sexual na vida, 9,0% (IC_{95%} 6,2 - 12,9) eram mulheres e 6,8% (IC_{95%} 5,1 - 9,2) homens. Diante desse resultado, cabe lembrar a grande predominância de homens (82,4%) em relação às mulheres (17,6%) entre os usuários entrevistados. A prevalência da violência sexual *na vida* entre as mulheres foi de 50,6% e entre os homens de 8,3% (Tabela 8).

Considerando a amostra analisada, percebe-se uma frequência menor de violência sexual quando relacionada ao último ano, sendo referida por 8,1% dos usuários de crack da

macrorregião Nordeste do Brasil. Destes, 4,6 % eram mulheres e 3,5 % homens. No último ano, a prevalência da violência sexual entre mulheres correspondeu a 26,4% e entre homens a 0,1%.

Tabela 8 – Exposição à violência sexual na vida e no último ano por sexo entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2.283).

Exposição à Violência Sexual		Masculino (n= 1.881)		Feminino (n = 402)	
		%	P. viol. vida*	%	P. viol. vida*
Na vida	Sim	6,8		9,0	
	Não	75,4		8,9	
		8,3%		50,6%	
No último ano	Sim	3,5		4,6	
	Não	79,0		12,9	
		0,1%		26,4%	

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil”.

*P. viol. vida: prevalência da violência sexual na vida.

**P. viol. ano: prevalência da violência sexual no último ano.

5.6 Associação entre características sociodemográficas e violência sexual no último ano entre usuários de crack

A tabela 9 apresenta a análise da associação entre a exposição à violência sexual no último ano e as variáveis sociodemográficas, situação conjugal e moradia. Observou-se que houve diferença estatisticamente significativa entre estar *Sem* e *Com companheiro* ($p = 0,029$), pois 6,8% dos usuários que sofreram violência sexual no último ano estavam *Sem companheiro*, enquanto 1,3% estavam *Com companheiro*. Verifica-se que estar *Sem companheiro* aumentou em mais de duas vezes as chances de sofrer violência sexual no último ano (OR 2,29; IC_{95%} 1,06 - 4,93%).

Em relação à moradia, constata-se que condição de viver *Na rua* demonstrou associação estatisticamente significativa ($p = 0,049$) e quase duas vezes mais chances de exposição à violência (OR 1,94; IC_{95%} 0,99 - 3,81). Entretanto, é importante ponderar que o intervalo de confiança incluiu o valor 1, reduzindo a precisão da força de associação entre viver *Na rua* e violência sexual. e OR > 1 (OR 1,94; IC_{95%} 0,99 - 3,81).

Tabela 9 - Associação entre exposição à violência sexual no último ano e variáveis sociodemográficas entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012.

Variáveis	Violência sexual no último ano				χ^2	OR	p
	Sim		Não				
	%	IC 95%	%	IC 95%			
Sexo							
Feminino	4,6	2,7 - 7,7	12,9	9,6 - 17,0	209,19**	8,04 (3,27 - 19,80)	0,000
Masculino	3,5	2,1 - 6,0	79,0	74,6 - 82,8			
Situação conjugal							
Sem companheiro	6,8	4,7 - 9,8	63,5	58,7 - 68,0	16,85*	2,29 (1,06 - 4,93)	0,029
Com companheiro	1,3	0,7 - 2,6	28,4	24,4 - 32,8			
Moradia^[30]							
Na Rua	3,5	2,0 - 5,9	25,6	19,3 - 33,1	18,15*	1,94 (0,99 - 3,81)*	0,049
Em Moradia	4,6	2,8 - 7,7	66,3	59,7 - 72,3			

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil”.

^[30]: nos últimos 30 dias, *p < 0,05, **p < 0,001.

5.7 Associação entre o comportamento sexual e a violência sexual no último ano entre usuários de crack

Essa é a categoria central do estudo, na qual serão descritas as associações entre variáveis relacionadas ao comportamento sexual e a exposição à violência sexual no último ano. As variáveis relacionadas à fonte de renda de usuários de crack, como profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro e através do trabalho sexual ou troca de sexo por drogas destacadas na Tabela 10, apresentaram significância estatística quando associadas à ocorrência de violência sexual.

Entre usuários de crack, a obtenção de renda como profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro (OR 10,7; IC_{95%} 2,97 - 38,50; p = 0,000) e com trabalho sexual ou troca de sexo por drogas (OR 6,24; IC_{95%} 2,24 - 17,39; p = 0,000) aumentou, respectivamente, em 10,70 e 6,24 vezes as chances de sofrer violência sexual. Dos usuários que sofreram violência sexual, 2,7% obtinham renda como profissional do sexo versus 4,0% que não sofreram violência sexual e tinham a mesma fonte de renda. A renda com trabalho sexual ou troca de sexo por drogas, envolveu 3,0% dos usuários que sofreram violência sexual e 7,7% dos que não sofreram violência sexual.

A partir da análise da relação entre os parceiros nas relações sexuais dos últimos 30 dias e a exposição à violência sexual, constatou-se que ter relações sexuais com parceiros eventuais (OR 3,53; IC_{95%} 1,72 - 7,25; p = 0,000) e comerciais (OR 14,20; IC_{95%} 4,77 - 42,28; p = 0,000) foram estatisticamente significantes. Ter relações sexuais com parceiros fixos (OR 0,589; IC_{95%} 0,20 - 1,70; p = 0,324) não apresentou significância estatística; o OR menor que 1 indica que esse fator tem efeito protetor e o Intervalo de Confiança (IC_{95%}) ao envolver o valor 1 reforça a não associação entre as variáveis analisadas. É importante ressaltar que ter relações sexuais com parceiros comerciais demonstrou ser um fator de risco para a violência sexual. Tal condição aumentou em 14,20 as chances de sofrer violência sexual no último ano.

Tabela 10 - Associação entre comportamento sexual e violência sexual entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012.

(continua)

Variáveis	Violência sexual no último ano				χ^2	OR (IC 95%)	p
	Sim		Não				
	%	IC 95%	%	IC 95%			
Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro							
Sim	2,7	1,1 - 6,2	4,0	2,5 - 6,5	215,44***	10,70 (2,97 - 38,50)	0,000
Não	5,5	3,7 - 8,1	87,8	84,5 - 90,6			
Trabalho sexual ou troca de sexo por drogas							
Sim	3,0	1,4 - 6,2	7,7	4,9 - 11,9	136,09***	6,24 (2,24 - 17,39)	0,000
Não	5,2	3,4 - 7,8	84,1	79,8 - 87,7			
Parceiros FIXOS^[30]							
Sim	4,2	2,2 - 7,9	55,4	49,8 - 60,9	9,37	0,589 (0,20 - 1,70)	0,324
Não	4,6	2,4 - 8,7	35,8	32,1 - 39,7			
Parceiros EVENTUAIS^[30]							
Sim	7,2	4,3 - 11,9	49,6	43,6 - 55,6	37,87***	3,53 (1,72 - 7,25)	0,000
Não	1,7	1,0 - 3,0	41,5	33,9 - 49,7			

(conclusão)

Variáveis	Violência sexual no último ano				χ^2	OR (IC 95%)	p
	Sim		Não				
	%	IC 95%	%	IC 95%			
Parceiros COMERCIAIS^{[30]1}							
Sim	6,5	3,7 - 11,0	15,0	10,4 - 21,2	255,92***	14,20 (4,77 - 42,28)	0,000
Não	2,3	1,4 - 3,9	76,2	70,7 - 81,0			

Fonte: Banco de dados da pesquisa “Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil”.

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

¹ Parceiros comerciais: recebeu dinheiro ou droga em troca de sexo.

5.8 Associação entre problemas de saúde mental/emocional e violência sexual entre usuários de crack da macrorregião Nordeste

A Tabela 11 dispõe sobre a análise da força de associação entre a exposição (violência sexual) e o desfecho (problema de saúde mental/emocional) a partir da medida da RP (Razão de Prevalência). Entretanto, considerando o método de análise do estudo, a multietiologia dos problemas de saúde mental/emocional e o impacto psicológico da violência sexual na vida, é necessária cautela no estabelecimento de possíveis relações causais.

Os achados da amostra analisada evidenciaram associação estatisticamente significativa entre a exposição à violência sexual e todos os problemas de saúde mental/emocional investigados, com exceção da dificuldade de concentração (RP 1,39; IC_{95%} 0,93 - 2,08; p = 0,152). A medida de associação, razão de prevalência, permitiu verificar que a perda de interesse sexual esteve presente em 4,9% dos usuários expostos à violência sexual versus 3,3% entre os não expostos, demonstrando no grupo exposto um risco 2,03 vezes maior de desenvolver perda de interesse sexual (RP 2,03 IC_{95%} 1,48 - 2,80; p = 0,001). Os demais problemas: pensar em se matar (RP 1,60; IC_{95%} 1,10 - 2,32; p = 0,040); dificuldade de dormir (RP 1,55; IC_{95%} 1,24 - 1,94; p = 0,002); baixa auto-estima (RP 1,54; IC_{95%} 1,23 - 1,94; p = 0,004); ansiedade, impaciência ou irritabilidade (RP 1,41; IC_{95%} 1,15 - 1,73; p = 0,003); sentimentos de culpa/punição (RP 1,31; IC_{95%} 1,08 - 1,59; p = 0,023) e

tristeza/pessimismo (RP 1,26; IC_{95%} 1,18 - 1,34; p = 0,000) também tiveram o risco aumentado na presença da exposição considerada, a violência sexual no último ano.

Tabela 11 - Associação entre problemas de saúde mental/emocional e violência sexual entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2.283).

Violência sexual ^[12]	Problema de saúde mental/emocional no último ano						
	Tristeza/pessimismo				χ^2	RR	p
	Sim		Não				
	%	IC 95%	%	IC 95%			
Sim	7,7	5,4 - 10,9	69,2	64,4 - 73,7	35,78***	1,26 (1,18 - 1,34)	0,000
Não	0,4	0,2 - 0,8	22,6	17,8 - 28,3			
	Ansiedade, impaciência ou irritabilidade						
Sim	6,9	4,6 - 10,1	54,7	46,5 - 62,7	42,97**	1,41 (1,15 - 1,73)	0,003
Não	1,3	0,7 - 2,3	37,1	30,1 - 44,7			
	Dificuldade de dormir						
Sim	6,2	4,1 - 9,4	45,0	40,1 - 49,9	49,28**	1,55 (1,24 - 1,94)	0,002
Não	1,9	1,1 - 3,3	46,8	42,5 - 51,2			
	Sentimentos de culpa/punição						
Sim	6,0	3,9 - 9,0	51,4	46,8 - 55,8	21,25*	1,31 (1,08 - 1,59)	0,023
Não	2,1	1,3 - 3,6	40,5	36,1 - 45,0			
	Baixa auto-estima						
Sim	5,5	3,5 - 8,7	40,5	37,0 - 44,2	38,38**	1,54 (1,23 - 1,94)	0,004
Não	2,6	1,6 - 4,3	51,3	46,7 - 55,9			
	Perda de interesse sexual						
Sim	4,9	2,9 - 7,9	26,9	24,1 - 29,9	70,31**	2,03 (1,48 - 2,80)	0,001
Não	3,3	1,8 - 5,9	65,0	61,1 - 68,7			
	Pensar em se matar						
Sim	4,8	2,9 - 7,8	33,9	30,1 - 38,0	34,15*	1,60 (1,10 - 2,32)	0,040
Não	3,3	1,8 - 6,0	57,9	52,6 - 63,0			
	Dificuldade de concentração						
Sim	4,6	2,8 - 7,5	37,1	34,0 - 40,3	17,48	1,39 (0,93 - 2,08)	0,152
Não	3,5	2,0 - 6,2	54,8	50,7 - 58,7			

Fonte: Banco de dados da pesquisa "Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil".

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

5.9 Associação entre violência sexual e o uso de drogas

A análise da relação entre a exposição à violência sexual e o uso de drogas, ambos no último ano, demonstrou ser significativa a associação somente com anfetaminas/remédios para emagrecer/metanfetaminas/ritalina, LSD, pasta base e ecstasy/MDMA. Entretanto, apesar de apresentarem o valor p menor que 0,005, LSD ($p = 0,000$) e Ecstasy/MDMA (0,004) apresentam $OR < 1$, indicando que não representaram fatores de risco para violência sexual. Outro fato a considerar quanto à associação significativa entre anfetaminas/remédios para emagrecer/metanfetaminas/ritalina, LSD e ecstasy/MDMA, é o de que pode ter sido influenciada pelo “ n ” baixo em relação ao tamanho total da amostra, considerado alto, gerando um resultado duvidoso.

No caso das drogas pasta base ($OR\ 13,73$; $IC_{95\%}\ 1,65 - 113,86$; $p = 0,002$) e anfetaminas/remédios para emagrecer/metanfetaminas/ritalina ($OR\ 25,87$; $IC_{95\%}\ 2,32 - 287,84$; $p = 0,000$) também verifica-se valor p menor que 0,05, além de apresentarem, respectivamente, 13,73 e 25,87 vezes mais chances de exposição à violência sexual. Contudo, o intervalo de confiança largo reduz a precisão da estimativa (Tabela 12).

Na Tabela 12, verificam-se tais achados relacionados às drogas: álcool ($OR\ 2,60$; $IC_{95\%}\ 0,76 - 8,87$; $p = 0,113$), tabaco ($OR\ 0,64$; $IC_{95\%}\ 0,24 - 1,67$; $p = 0,360$), maconha/haxixe ($OR\ 1,13$; $IC_{95\%}\ 0,60 - 2,13$; $p = 0,701$), inalantes/cola/solvente/tiner/loló ($OR\ 1,38$; $IC_{95\%}\ 0,63 - 3,04$; $p = 0,411$), benzodiazepínicos ($OR\ 1,74$; $IC_{95\%}\ 0,77 - 3,94$; $p = 0,177$), oxi ($OR\ 3,36$; $IC_{95\%}\ 0,56 - 19,9$; $p = 0,164$), merla ($OR\ 1,77$; $IC_{95\%}\ 0,31 - 9,88$; $p = 0,507$), heroína/metadona/dolantina/morfina ou outro opioide que não a codeína ($OR\ 0,54$; $IC_{95\%}\ 0,08 - 3,59$; $p = 0,525$), tilex ou outra forma de codeína ($OR\ 1,15$; $IC_{95\%}\ 0,10 - 12,44$; $p = 0,905$). Quanto à relação com as demais drogas, não houve associação, apesar de OR ter resultado > 1 , os valores de p ($> 0,05$) não foram estatisticamente significantes, bem como o valor 1 incluso no intervalo de confiança, o que indica nulidade da associação.

Tabela 12 - Associação entre violência sexual e o uso de drogas entre usuários de crack. Macrorregião Nordeste, Brasil, 2012 (n = 2.283).

Droga ^[12]	Violência sexual no último ano							
	Sim		Não		χ^2	OR (IC 95%)	p	
	%	IC 95%	%	IC 95%				
Álcool	27,4	20,8 - 35,1	58,5	50,9 - 65,7	9,15	2,60 (0,76 - 8,87)	0,113	
Tabaco	26,1	19,7 - 33,8	63,8	55,6 - 71,2	2,42	0,64 (0,24 - 1,67)	0,360	
Maconha/haxixe	21,5	15,3 - 29,3	48,1	37,2 - 59,2	0,38	1,13 (0,60 - 2,13)	0,701	
Cocaína	9,9	5,5 - 17,1	21,9	13,9 - 32,8	0,11	1,06 (0,52 - 2,18)	0,857	
Inalante/colatiner/loló	8,9	4,9 - 15,7	16,2	9,5 - 26,2	2,54	1,38 (0,63 - 3,04)	0,411	
Benzodiazepínicos	8,4	3,9 - 17,3	12,5	8,1 - 18,7	6,77	1,74 (0,77 - 3,94)	0,177	
Oxi	6,2	2,1 - 16,8	5,0	3,0 - 8,2	21,50	3,36 (0,56 - 19,9)	0,164	
Pasta base	5,1	1,3 - 17,9	1,0	0,5 - 2,1	49,51*	13,73 (1,65 - 113,86)	0,002	
Anfetaminas/remédios emagrecer/metanfetaminas/ritalina	4,5	0,9 - 18,9	0,5	0,2 - 1,4	52,28**	25,87 (2,32 - 287,84)	0,000	
Merla	1,7	0,6 - 4,8	2,3	1,0 - 5,4	1,79	1,77 (0,31 - 9,88)	0,507	
LSD	0,1	0,0 - 0,5	5,4	1,5 - 17,5	12,32**	0,04 (0,00 - 0,38)	0,000	
Ecstasy/MDMA	0,1	0,0 - 0,3	1,6	0,6 - 3,9	2,73*	0,13 (0,02 - 0,67)	0,004	
Heroína/metadona/dolantina/Morfina ou outro opioide que não a codeína	0,2	0,0 - 0,7	0,7	0,2 - 2,4	0,27	0,54 (0,08 - 3,59)	0,525	
Tylox ou outra forma de codeína	0,1	0,0 - 0,4	0,1	0,0 - 0,4	0,00	1,15 (0,10 - 12,44)	0,905	

Fonte: Banco de dados da pesquisa "Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, 09 regiões metropolitanas e estrato Brasil".

^[12] nos últimos 12 meses.

*p < 0,01; **p < 0,001

6. DISCUSSÃO

Os resultados revelaram que os aspectos referentes aos comportamentos sexuais (Tabela 10) aumentaram as chances de exposição à violência sexual e, por conseguinte responderam por uma significativa associação estatística. Os dados também demonstraram que a violência sexual aumentou as chances de ocorrência de todos os problemas mentais/emocionais investigados: tristeza/pessimismo, ansiedade, impaciência ou irritabilidade, sentimentos de culpa/punição, dificuldade de dormir, baixa auto-estima, pensou em se matar e perda de interesse sexual; com exceção apenas da dificuldade de concentração.

Dentre os usuários da macrorregião Nordeste entrevistados, o perfil sociodemográfico preponderante era homem; jovem e adulto jovem; solteiro; com baixa escolaridade e cerca de 1/3 “estava na rua”. Resultados da pesquisa nacional, base deste estudo, também evidenciaram a predominância do sexo masculino sobre o feminino, assumindo, respectivamente, os valores de 78,7% e 21,3%, bem próximos daqueles apresentados na macrorregião Nordeste (82,4 e 17,6%) (BERTONI, BASTOS, 2014). Diante destes resultados, é importante destacar que o presente estudo foi realizado em cenas públicas/abertas de crack, fator que pode ter favorecido o recrutamento de homens, pela maior presença destes nas cenas de uso abertas.

Outro parâmetro comparativo, entre a população de homens e mulheres, seria o resultado do último censo demográfico, entretanto, vale destacar que o grupo populacional de usuários de crack não garante a representatividade da população em geral, tendo em vista as especificidades e contextos dos usos de crack, tanto no Brasil quanto na região Nordeste. Nessa perspectiva, a comparação dos achados a nível nacional e da macrorregião Nordeste com os dados populacionais registrados pelo Censo Demográfico realizado em 2010 revela uma grande divergência entre os resultados. No Brasil, o número de homens equivale a 93.406.990 e de mulheres a 97.348.809, um quantitativo bem aproximado que determina uma razão de sexo equivalente a 95,95. Na região Nordeste, as mulheres correspondem a 27.172.904, enquanto os homens abrangem 25.909.046 da população total. Conseqüentemente, a razão de sexo (95,35) permanece muito próxima da nacional. Tais achados, no Brasil e na região Nordeste, revelam a predominância de mulheres em relação aos homens diferentemente do que foi identificado entre usuários de crack em cenas de uso públicas.

O II Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil realizado em 2005 mostrou que a prevalência do uso de crack na vida foi maior entre os homens (1,5%) que as mulheres (0,2%). No mesmo estudo, dados da Região Nordeste revelaram resultados similares, os homens (1,3%) apresentaram maior uso na vida de crack do que as mulheres (0,25%) (DUARTE, STEPLIUK, BARROSO, 2009).

Quanto aos grupos de idade por sexo, o IBGE (2010) identificou que no Brasil, os homens e as mulheres, na faixa de 15 a 24 anos correspondiam a 9,0% e 8,9%; 25 a 34 anos, 8,4% e 8,7%; 35 a 44 anos, 6,8% e 7,2%; 45 a 54 anos, 5,5% e 6,0%; 55 a 64 anos, 3,6% e 4,1%, respectivamente. Na macrorregião Nordeste, os valores foram aproximados dos nacionais, nas faixas etárias de 15 a 24 anos, 9,6% eram homens e 9,6% mulheres; de 25 a 34 anos, 8,3% e 8,7%; de 35 a 44 anos, 6,3% e 6,9%; 45 a 54 anos, 4,7% e 5,3%; 55 a 64 anos, 3,1% e 3,7%, respectivamente. Quando comparados, o perfil de usuários de crack também apresentou distribuição etária muito diferenciada da população em geral, identificada pelo censo demográfico. Do total de usuários de crack, mais de $\frac{2}{3}$ (74,3%) eram jovens ou adultos jovens, correspondendo a faixa etária de 18 a 34 anos.

Figura 1 - Distribuição da população do Brasil por sexo, segundo os grupos de idade. IBGE, 2010.

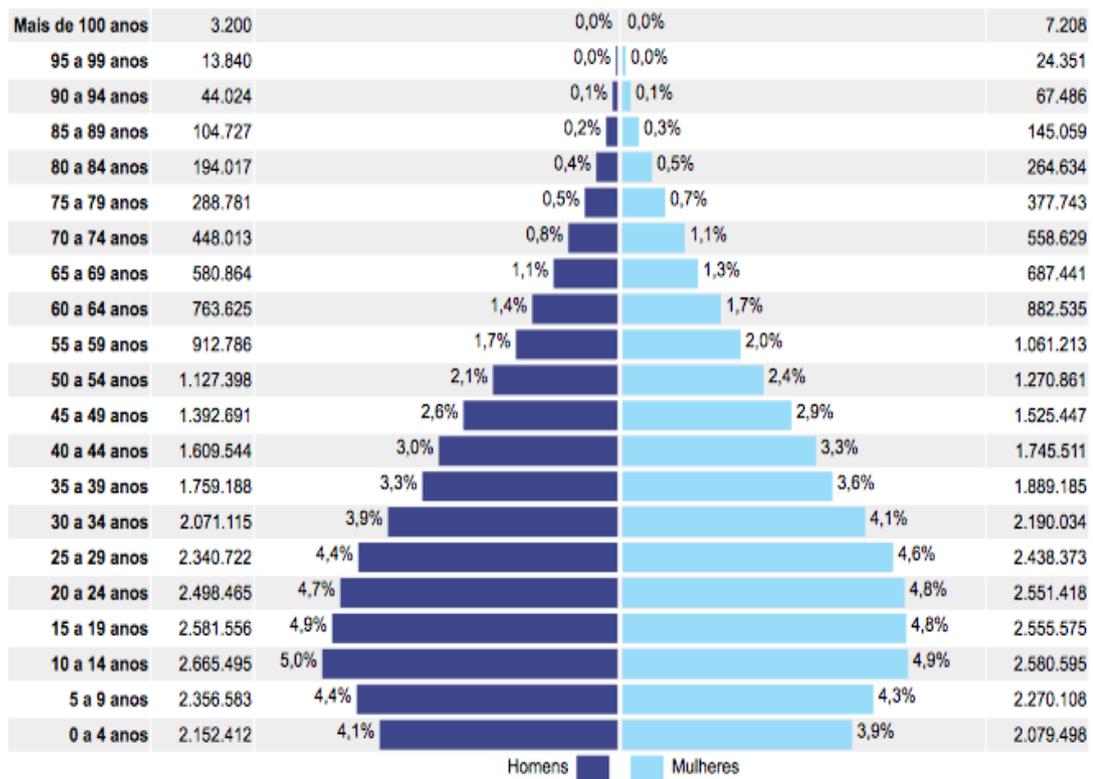
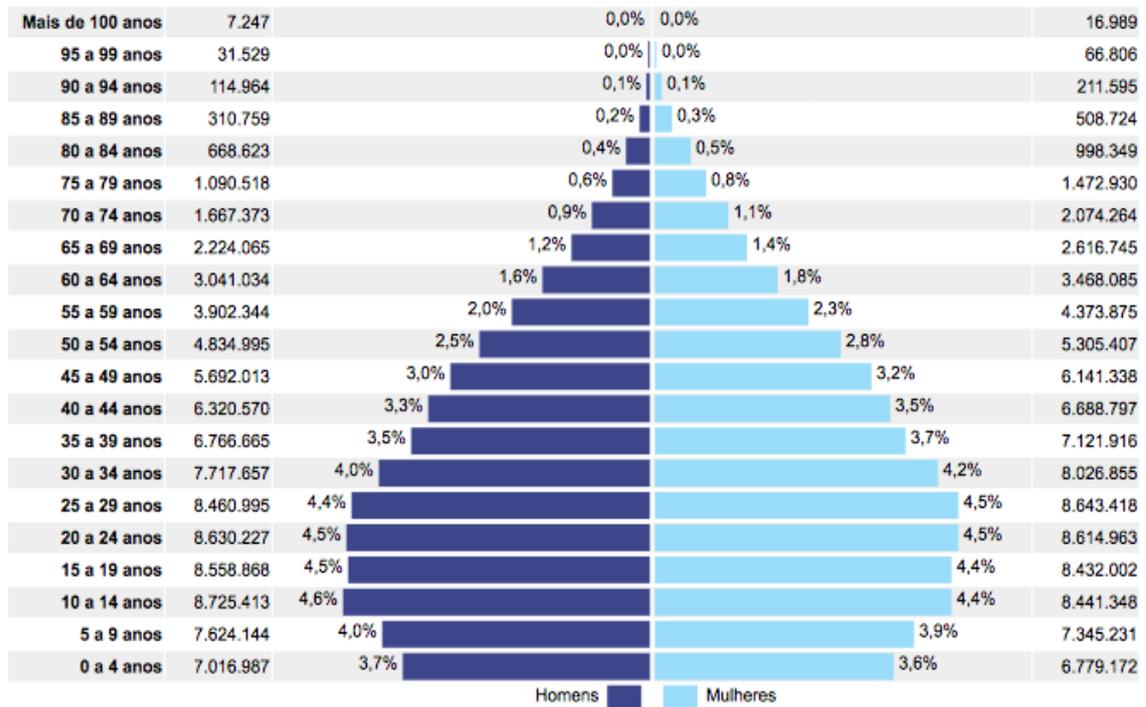


Figura 2 - Distribuição da população da região Nordeste por sexo, segundo os grupos de idade. IBGE, 2010.



A predominância de homens usuários de crack em relação às mulheres encontrada nesta pesquisa coincide com os dados apresentados por outros estudos, nacionais e internacionais (PEIXOTO et al., 2010; MONTEIRO et al., 2011; HORTA et al., 2011; HSU; LIN; TSAY, 2014; BOTTI, MACHADO, TAMEIRÃO, 2014; ALMEIDA et al., 2014).

Alguns levantamentos realizados no Brasil entre 2001 e 2010 com a população em geral, estudantes do ensino fundamental e médio, universitários, meninos e meninas em situação de rua também revelaram a preponderância do sexo masculino sobre o feminino em relação à prevalência do uso de crack (CARLINI *et al*, 2002; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2006; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010b) Entretanto, vale considerar que as informações relacionadas ao uso de álcool e outras drogas podem apresentar divergências significativas a depender do local, do contexto e da população do estudo.

Em 1994, foi publicada a primeira pesquisa sobre o uso de crack no Brasil, um estudo etnográfico na cidade de São Paulo, com 25 usuários. Tal consumo foi preponderante entre homens, pobres, com idade inferior a 30 anos, baixa escolaridade, desempregados e com vínculos familiares rompidos. Em relação ao padrão de consumo e comportamentos, apresentaram um consumo mais intenso com maior exposição aos riscos e efeitos adversos, maior envolvimento em atividades ilícitas e na prostituição. Outro achado preocupante

revelou uma forte relação entre o uso de drogas e a condição de vida na rua (NAPPO, GALDURÓZ, NOTO, *apud* DUAILIBI, RIBEIRO, LARANJEIRA, 2008).

Apesar da grande diferença da abrangência territorial e populacional entre o presente estudo nacional e a primeira pesquisa de cunho etnográfico realizada em São Paulo, as revelações deste estudo qualitativo reforçam os dados epidemiológicos identificados, dezoito anos depois. Ao longo desses anos, o perfil sociodemográfico de usuários de crack manteve algumas similaridades e os problemas relacionados ao uso de crack se disseminaram por todas as regiões brasileiras, com menor ou maior intensidade.

Moreira et al. (2014) a partir de uma extensa revisão bibliográfica sobre a situação do crack no Brasil identificou características similares no perfil de usuários de crack às encontradas pelo presente estudo desenvolvido na macrorregião nordeste. Os artigos publicados revelaram que os usuários de crack no Brasil eram, majoritariamente, jovens e adultos jovens, homens, com baixa escolaridade, desempregados ou sem trabalho regular. Outra constatação diz respeito à revelação de que grande parte das pesquisas referentes ao perfil epidemiológico deste grupo populacional foram desenvolvidas a nível local, muito restritas aos serviços de saúde, como Centros de Atenção Psicossocial e unidades de internação hospitalares (MOREIRA, et al. 2014).

Estudo epidemiológico desenvolvido em três cidades holandesas com o objetivo de avaliar o perfil de usuários frequentes de crack comparou os resultados de entrevistas realizadas a partir de três amostragens: uma conduzida pelo respondente (Respondent-Driven Sampling-RDS), e as outras oriundas de serviços de baixo limiar para terapia de substituição de opiáceos e de salas de uso seguro. Dentre os 1039 usuários de crack entrevistados, 81,5% eram homens com média de idade de $45,1 \pm 9,1$ anos e 49,5% de etnia não-ocidental. Em comparação às outras duas amostras, os usuários integrantes da RDS apresentaram maior propensão a serem mais jovens. Por outro lado, identificou-se menor propensão à baixa escolaridade, ao uso de opiáceos, a frequentar salas de uso seguro e a ter mais anos de uso de crack (PÉREZ; BENSCHOP; KORF, 2012).

Quanto à moradia, o presente estudo revelou o predomínio de pessoas do sexo masculino que afirmaram ter *dormido a maioria das noites na rua nos 30 dias anteriores à pesquisa*. Portanto, na análise desse dado pode-se ponderar e considerar a comparação com os resultados da pesquisa nacional sobre o perfil da população em situação de rua, realizado em 2007. A pesquisa revelou que 82% das pessoas em situação de rua eram homens, 53% possuíam entre 25 e 44 anos de idade e 67% se declararam pardas ou negras. Esta proporção é

bem maior entre a população de rua do que na população em geral (44,6%) na época da pesquisa (BRASIL, 2008).

Entretanto, apesar de uma grande parcela dos usuários terem declarado que dormiram a maioria das noites na rua, estes não devem ser, necessariamente, considerados pessoas em situação de rua, ao tomarmos como base a definição do Ministério do Desenvolvimento Social para população de rua, qual seja:

Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2008, p. 4).

Desse modo, apesar da aproximação da população do estudo com a situação de rua deve-se ter cautela na comparação dos resultados encontrados com o perfil da população de rua brasileira.

O perfil de usuários de crack também revelou que mais da metade destes recorriam ao trabalho informal, sem qualquer vínculo empregatício como meio de subsistência. No mês anterior à pesquisa, 48,7% tiveram como fonte de renda os trabalhos esporádicos /bicos, 15,7% recorreram a ajuda de familiares e 12,8% recorreram a atividades ilícitas (tráfico de drogas, furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatário). A esmola foi fonte de renda para 14,1% dos entrevistados.

Assim, considerando que grande parte dos usuários da macrorregião Nordeste do Brasil informou estar *Na rua*, vale destacar que estudos realizados com pessoas em situação de rua também evidenciaram que o trabalho, quer seja em sua maioria informal, está fortemente presente em suas trajetórias de vida e mantém estreita relação com a dinâmica da rua, como espaço de moradia, de relações afetivas e de sobrevivência. O censo identificou que 70,9% das pessoas em situação de rua trabalham, ou seja, exercem alguma atividade remunerada. Apenas 15,7% dos entrevistados declarou pedir dinheiro como principal meio para a sobrevivência. Tal achado contrariou a percepção de que a população em situação de rua é composta exclusivamente por “mendigos” ou “pedintes”, 1,9% dos entrevistados informaram trabalhar com carteira assinada.

A falta de documentação por parte de 24,8% das pessoas em situação de rua é uma condição que dificulta a obtenção de emprego formal, bem como o acesso aos serviços e programas governamentais. A maioria não tem acesso a programas governamentais: 88,5% a informaram não receber qualquer benefício do governo. Entre os benefícios recebidos,

destacaram-se a aposentadoria (3,2%), o Programa Bolsa Família (2,3%) e o Benefício de Prestação Continuada (1,3%), 63,5% não concluíram o 1o grau; 95% não estudavam na época da pesquisa.

Ainda em relação à ocupação/trabalho, estudo realizado com 159 moradores de bairros pobres do Rio de Janeiro e Salvador revelou que a maioria dos participantes apresentava fontes de renda múltipla, tendo um maior número de homens empregados, enquanto entre as mulheres preponderavam os rendimentos advindos do trabalho sexual e/ou da mendicância (BERTONI, BURNETT, CRUZ, ANDRADE, BASTOS, LEAL, FISCHER, 2015).

Assim como neste estudo, BOOTH et al. (2007) também encontraram resultados relacionados à ocupação e à fonte de renda que envolviam várias atividades que mantinham relação com a rua, bem como sugerem que grande parte dos usuários de crack mantém-se em trabalhos precarizados, com o intuito de sustentar o consumo de drogas e suprir suas necessidades de subsistência. Algumas das atividades que mantêm relação com a rua, identificadas neste estudo, como ocupações esporádicas, práticas ilícitas e trabalho sexual aumentam a exposição dos usuários a riscos e agravos à saúde, e conseqüentemente ampliam-se as chances de ocorrências de violência, de infecções sexualmente transmissíveis e de conflitos com a lei (BOOTH et al., 1993; PARKER e BOTTOMLEY, 1996; SCHNEIDER, 2013, SHANNON E CSETE, 2010).

Nessa perspectiva, ainda que o presente estudo tenha revelado que as mulheres não predominavam nas cenas públicas de uso de crack, esta presença não deve ser desconsiderada além de indicar a necessidade de uma atenção estruturada a partir de singularidades relacionadas à condição feminina tais como a gravidez, a relação com o cuidado dos filhos, a maior vulnerabilidade à violência física e sexual (WHO, 2010) e ainda a utilização do sexo como meio de obtenção de drogas em cenários de uso de drogas (OLIVEIRA, PAIVA, VALENTE, 2007; BERTONI, BURNETT, CRUZ et al., 2014).

Dentre os agravos à saúde apresentados pela população estudada, a violência sexual mereceu destaque diante da alta prevalência identificada, principalmente, entre as mulheres. Essa constatação vem reafirmar a magnitude desse problema no âmbito da saúde e da segurança públicas.

Assim, neste estudo foram realizadas análises de associação com possíveis fatores que operaram como risco e/ou proteção nas trajetórias de vidas de usuários de crack. Quanto à associação entre violência sexual e comportamentos sexuais, vale destacar a forte significância estatística verificada quando os/as usuários/as de crack declararam a obtenção de renda como profissionais do sexo ou através da troca de sexo por dinheiro ou por drogas.

Paralelamente, nessa associação, sobressaiu o risco de chances aumentado da violência sexual quando os usuários de crack estabeleceram relações sexuais com parceiros comerciais, ou seja, parceiros dos quais recebeu dinheiro ou droga em troca de sexo. As relações com menores riscos envolvem aquelas com parceiros fixos e em seguida com parceiros eventuais.

Outro achado que cabe sublinhar, diz respeito à evidência de que o uso de camisinha nas relações com parceiros comerciais foi bem mais frequente, do que naquelas praticadas com parceiros fixos e eventuais, abrangendo mais da metade dos entrevistados. Este fato aponta para uma maior adesão ao uso de camisinha nas relações com parceiros sexuais, não apenas como um instrumento de proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis, mas também como meio de evitação da gravidez.

Estudos anteriores realizados entre profissionais do sexo revelaram que a relação entre o uso de cocaína/crack e o trabalho sexual demonstra um aumento das chances de exploração e violência, e maior exposição ao risco de infecções sexuais relacionado às relações sexuais desprotegidas (SHANNON et al., 2009). Resultados similares foram expressos por De Carvalho e Seibel (2009) e evidenciaram que o crack pode favorecer a modificação de alguns padrões de comportamento, e ainda sustentar uma forte associação entre a obtenção de drogas e o envolvimento com a prostituição.

Ainda nessa direção, Carvalho e Seibel (2017), identificaram uma associação significativa entre o uso de crack e o envolvimento com a prostituição, como mecanismo de obtenção direta de drogas ou de dinheiro para a compra, especialmente, entre as mulheres. Logo, o sexo assume um papel importante nesse cenário, ao operar, simbolicamente, como uma “moeda de troca” para manutenção do uso de crack e das relações de poder exercidas sobre as pessoas mais vulneráveis, sobretudo, as mulheres.

Embora as mulheres não tenham sido predominantes neste estudo, cabe chamar a atenção para a constatação de Baral et al. (2012), a partir de uma metanálise que envolveu 99.878 profissionais do sexo em 50 países. Tal estudo revelou que mulheres trabalhadoras do sexo representam a população com maior risco de infecção pelo HIV relacionado a aspectos biológicos, comportamentais e estruturais. Esta informação vem reiterar o peso dessa questão e aponta a necessidade de investimentos em ações e políticas públicas eficazes adequadas às especificidades desse grupo populacional e ao contexto social no qual está inserido.

Da mesma forma apoiam os achados deste estudo as pesquisas de Argento et al. (2015), Erickson et al. (2010), em que atestaram uma estreita associação entre o uso abusivo de drogas ilícitas e as atividades que mantêm relação com a rua. Tanto o uso de drogas favorece uma maior dependência de práticas baseadas na rua para garantia da compra de

drogas (ARGENTO et al., 2015), como as “atividades de rua” contribuem para a sustentação da dependência de drogas como forma de lidar e suportar as exigências e dificuldades desse tipo de trabalho. Aspectos como o envolvimento com o tráfico, a prática de atividades ilícitas e a prostituição presentes nos contextos e condições precarizadas do uso de crack cooperam, diretamente, para a transmissão de doenças como hepatites, sífilis e aids, a exposição à violência (ALARCON, JORGE; 2012) e a ocorrência de problemas com a justiça. Assim, os resultados deste estudo somados aos demais citados, evidenciam o quanto estas atividades, simultaneamente, contribuem para um maior tempo de permanência dos usuários na rua e tendem a favorecer a cristalização dessa condição.

O consumo de tabaco e álcool, concomitante ao uso de crack, mostrou-se elevado e corroborou resultados de pesquisas prévias relacionados ao uso destas duas drogas lícitas, dentre outros grupos populacionais no Brasil (GALDURÓZ, NOTO, NAPPO, CARLINI, 1999; FERREIRA FILHO, TURCHI, LARANJEIRA, CASTELO, 2003; CAPISTRANO, FERREIRA, MAFTUM, KALINKE, MANTOVANI; BOTTI, MACHADO, TAMEIRÃO, 2014; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2014). Em relação às drogas ilícitas, foi observado que grande proporção dos usuários de crack apresentava o uso concomitante de maconha, cocaína (pó), inalantes/solventes e benzodiazepínicos. Dessa forma, destacou-se o uso de múltiplas drogas entre a população do estudo, fato que tende a amplificar os problemas nas dimensões física, psíquica e social, configurando um quadro de maior vulnerabilidade e gravidade.

Tais achados aproximam-se dos resultados de outros estudos, nos quais foi identificado o uso de múltiplas drogas associado a um grave padrão de consumo de crack e conseqüentemente a ocorrência de complicações clínicas importantes, além do comprometimento da adesão ao tratamento (HORTA et al., 2011; CUNHA, ARAUJO, BIZARRO, 2015; FORMIGA, VASCONCELOS, GALDINO, LIMA, 2015).

Além disso, o uso abusivo de drogas estimulantes, como o crack, demonstrou uma significativa associação com problemas de saúde física e psíquica, como também o envolvimento em situações de violência. Nessa perspectiva, fatores como o “estar na rua”, a troca de sexo por droga ou dinheiro, e os próprios efeitos produzidos pelo crack, especialmente, aqueles referentes a comportamentos agressivos ou violentos, intolerância e irritabilidade (APA, 2014), podem contribuir significativamente para uma maior exposição ou perpetração da violência, tanto física como sexual.

Contudo, neste estudo, a análise da associação entre o uso de outras drogas, sobretudo o álcool e o tabaco não demonstraram significância estatística, apesar do risco de chance

aumentado. Tal fato chama a atenção por destoar dos resultados de estudos anteriores nos quais foi evidenciada a presença marcante do uso de álcool pelo agressor como fator de risco para a violência sexual entre parceiros íntimos. No entanto, entre as vítimas (mulheres ou homens), nem sempre o uso de álcool e outras drogas aparece como um fator de risco para a violência sexual (COLLINS & MESSERSCHIMDT, 1993; FELSON, STAFF, 2010). Desse modo, ao longo dessa discussão, evidencia-se a complexidade da relação causal entre a violência sexual e o uso de álcool e outras drogas, tornando-se inclusive mais complexa quando envolve as questões de gênero (MINAYO, DESLANDES, 1998).

É ainda pertinente refletir e indagar sobre a possibilidade dos efeitos e alterações produzidos pelo crack estarem tão intensos no contexto das cenas públicas de crack a ponto de diminuir ou encobrir os impactos potencializados por outras drogas, como o álcool. Como dito anteriormente, a condição de “estar na rua” também pode ser um fator diferencial relevante, capaz de explicar a fraca associação entre o uso de álcool e a violência sexual entre usuários de crack, considerando que há locais, situações e condições mais propícias para a ocorrência de determinados tipos de violência.

No tocante aos problemas mentais/emocionais investigados (tristeza/pessimismo, ansiedade/impaciência/irritabilidade, sentimentos de culpa/punição e dificuldade de dormir, baixa autoestima, dificuldade de concentração, pensou em se matar, perda de interesse sexual), todos mostraram-se relevantes entre os usuários de crack. Pesquisa anterior apontou resultados semelhantes, com destaque para a ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos associados ao uso abusivo de crack (HORTA et al., 2011)

De maneira semelhante, estudo desenvolvido em um serviço de tratamento (BOTTI, MACHADO, TAMEIRÃO, 2014), apontou a presença de sintomas característicos de transtornos mentais, como depressão, ansiedade e ideação suicida que podem emergir como comorbidades psiquiátricas significativas associadas aos transtornos por uso de estimulante (cocaína/crack). Nesse contexto, tais comorbidades podem operar como fatores agravantes no processo de cuidado e interferir na continuidade do tratamento com piora dos prognósticos.

Apesar da presença marcante de sentimentos e sintomas que configuram o sofrimento mental na história de vida de usuários de crack no nordeste do Brasil, não foi possível afirmar a relação de causalidade existente entre a violência sexual e os problemas mentais/emocionais junto a este grupo populacional. Entretanto, pode-se inferir estatisticamente que a exposição violência sexual foi associada a maior chance de manifestação de problemas mentais/emocionais. Para verificar a relação causal entre estes fatores seriam necessárias informações complementares referentes ao início e seguimento de cada um dos fatores e à

existência concomitante de fatores de risco e/ou preditores relevantes na associação entre violência sexual e problemas mentais, como abuso sexual, história de violência física, violação de direitos e exclusão social conectadas ao contexto de vida do grupo populacional deste estudo. Tais fatores somados às características individuais identificadas como sexo, idade, escolaridade, ocupação e do ambiente contribuem de maneira fundamental e simultânea na etiologia e prevalência dos transtornos mentais. Sendo assim, devem ser cuidadosamente considerados e analisados para estabelecimento da associação destes com a violência sexual (COUTINHO, MATIJASEVICH, SCAZUFCA, MENEZES, 2014). Além destas características individuais, o presente estudo identificou a moradia como um aspecto que também pode colaborar na etiologia de problemas mentais entre usuários de crack, inseridos em um contexto de extrema vulnerabilidade social, a rua.

Outra situação a ser considerada em relação aos problemas mentais associados à violência sexual entre os usuários de crack, identificados neste estudo, diz respeito aos efeitos produzidos no campo psíquico, amplamente descritos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) acerca das características dos transtornos relacionados ao uso de estimulantes (cocaína/crack).

O DSM-5 caracteriza o crack como uma substância estimulante do sistema nervoso central que produz, em geral, “uma sensação imediata de bem-estar, autoconfiança e euforia” (APA, 2014, p. 561). Quando consumido de maneira abusiva, pode ser responsável por comportamentos agressivos e caóticos que causam instabilidade emocional e comprometem significativamente as interações sociais. Em alguns momentos, a depender do curso/frequência e intensidade do uso, podem surgir quadros de ansiedade, ideação paranoide e/ou episódios psicóticos. Em situação de abstinência estão mais presentes a irritabilidade, a ideação suicida, os sintomas depressivos, além de alterações psíquicas relacionadas à atenção e concentração.

É evidente que tais propriedades farmacológicas e alterações psíquicas ocasionadas pelo uso abusivo de crack podem contribuir para o incremento da violência em suas diferentes dimensões e por conseguinte favorecer o risco de manifestação dos transtornos mentais. Outro risco iminente nesse contexto é o de morte precoce. No Brasil, entre as principais causas de mortes de usuários de crack figuram os homicídios, as Infecções Sexualmente Transmissíveis/AIDS, a overdose e o suicídio. Esse dado nacional corrobora com os achados do presente estudo ao identificar a alta prevalência da ideação suicida e a associação significativa desta com a violência sexual entre usuários de crack do nordeste do Brasil. Tais resultados merecem destaque pelos severos impactos individuais, familiares e sociais gerados

e pouca visibilidade do problema do suicídio apesar de sua magnitude no campo da saúde pública. De acordo com Darke e Mattick *apud* Ribeiro e Lima (2012), a dependência química de crack/cocaína pode acontecer de maneira concomitante com outros transtornos mentais como o Transtorno de Estresse Pós-Traumático, a depressão, a ansiedade e Transtorno de Personalidade Boderline, e aumentar em até dez vezes o risco de suicídio.

Ribeiro e Lima (2012) reforçam esses achados, baseando-se em pesquisas realizadas nos Estados Unidos e Brasil, destacam que além das propriedades psicofarmacológicas do crack, devem ser considerados, sobretudo, os fatores individuais, culturais e sociais (RIBEIRO, LARANJEIRA, 2012) para avaliar as implicações do uso dessa substância nos casos de violência e na morte precoce dos usuários.

Nessa direção, os resultados evidenciados ao longo deste estudo, corroboram com Alarcon e Jorge (2012), ao afirmarem que aspectos como o envolvimento com o tráfico, a prática de atividades ilícitas e a prostituição presentes nos contextos e condições precarizadas do uso de crack cooperaram de modo simultâneo e significativo para a transmissão de doenças como hepatites, sífilis e aids, a exposição à violência sexual, a manifestação do sofrimento mental e a ocorrência de problemas com a justiça.

Os resultados discutidos no presente estudo alusivos à violência sexual, ao uso de múltiplas drogas, aos comportamentos sexuais e à presença de problemas mentais/emocionais nos remete a pensar e aprofundar a discussão sobre a amplitude e inter relação dessas questões no contexto do uso de crack em cenas públicas do nordeste do Brasil. Assim, seria um grande equívoco desenvolver uma análise acerca da violência sexual a partir de uma abordagem isolada de cada uma dessas questões, se são concomitantes e interferem entre si, exigem uma interpretação ampla e conjugada. Em suma, a sobreposição destes problemas evidencia a exacerbação da gravidade e magnitude do fenômeno em torno do uso de crack.

Algumas limitações foram percebidas ao longo deste estudo para identificação dos fatores de risco e proteção associados à violência sexual, como a falta de informação sobre a idade em que ocorreu e o autor da violência, aspectos envolvidos no ato violento, e a impossibilidade de seguimento da ocorrência e de suas consequências imediatas e a longo prazo. Estas limitações decorrem em parte da restrição do instrumento utilizado na entrevista, construído para atender o objetivo de caracterizar o perfil dos usuários de crack do Brasil, e não a violência sexual em particular.

O desenho transversal, apesar de suas vantagens, também responde por limitações pois impossibilita o estabelecimento das relações causais entre as variáveis analisadas. Assim, o objetivo do estudo não foi buscar tais relações, mas sim identificar os aspectos

comportamentais e emocionais associados à violência sexual. Todavia, considera-se que os resultados deste estudo são de extremo valor por permitirem uma aproximação do contexto da violência sexual sofrida por pessoas que fazem uso de crack no nordeste do Brasil. Conhecer indicadores individuais, sociais e ambientais é condição fundamental para a compreensão da violência sexual e construção de possibilidades para prevenção e enfrentamento do problema a partir de uma efetiva articulação intersetorial.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação apresentou o perfil dos usuários de crack do nordeste do Brasil e discutiu as complexas relações existentes entre a violência sexual e os comportamentais sexuais de risco, o uso de crack e outras drogas e os problemas mentais/emocionais. Os objetivos propostos foram alcançados e a hipótese traçada foi validada a partir da inferência estatística de que os comportamentos sexuais assumidos pela população estudada estão associados a maiores chances de ocorrência da violência sexual.

Em relação ao perfil sociodemográfico, preponderavam homens; jovens e adultos jovens; solteiros; com baixa escolaridade; como meio de subsistência recorriam ao trabalho informal, sem qualquer vínculo empregatício e cerca de 1/3 “estava na rua”. Outro destaque diz respeito a sobreviver de bicos e/ou de ajuda de familiares e recorrer a atividades ilícitas (tráfico de drogas, furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatário) e ao trabalho sexual como fonte de renda.

O perfil dos usuários de crack da macrorregião nordeste foi semelhante ao do restante do Brasil, bem como de diferentes serviços especializados para tratamento de problemas relacionados ao uso de drogas. Algumas especificidades, como a marcante preponderância de usuários do sexo masculino evidenciou questões relacionadas às diferenças de gênero. Contudo, para melhor compreensão desse fenômeno na dimensão feminina faz-se necessário estudos voltados especificamente às mulheres, que incorporem subjetividades e singularidades dessa realidade no percurso de suas vidas.

Quanto aos comportamentos sexuais de risco, os/as usuários/as de crack que mantinham relações com parceiros comerciais, apresentaram maior número de parceiros e fizeram sexo em troca de dinheiro ou drogas, apresentaram maior susceptibilidade à violência sexual e conseqüentemente aos riscos associados, como problemas físicos e emocionais, infecções sexualmente transmissíveis, uso de drogas e gravidez indesejada.

O uso de múltiplas drogas identificado entre usuários de crack, especialmente, álcool, tabaco, maconha, inalantes e benzodiazepínicos configura um quadro permeado por severos riscos e danos sociais e à saúde e por um maior comprometimento da adesão ao tratamento, conseqüentemente, ampliando a gravidade do problema.

Neste estudo, a verificação de que a prevalência da violência sexual é maior entre as mulheres reafirma a gravidade dessa questão e ao mesmo tempo nos remete a necessidade de outros estudos para aprofundar a discussão e compreender melhor o fenômeno, a fim de propor mecanismos para ampliar a visibilidade e o enfrentamento dos problemas relacionados.

Do mesmo modo, a presença marcante de problemas mentais/emocionais reforça a necessidade de se debruçar sobre os elementos da conjuntura social e cultural do uso de crack para interpretar de maneira mais fidedigna a relação entre o uso de drogas e o sofrimento/transtorno mental.

De acordo com os resultados deste estudo, as características sociodemográficas, os comportamentos sexuais, os problemas mentais e o uso de múltiplas drogas mantêm uma associação significativa com a violência sexual entre usuários de crack. Em vista dessas evidências, é importante despertar a comunidade científica, gestores e trabalhadores, para a violência existente em torno do uso de crack, analisada a partir de um contexto configurado pela pobreza; precariedade do trabalho; exclusão social; fatores determinantes e condicionantes de sofrimentos mentais, agravos à saúde e adoecimentos.

Embora possam ser apontadas conquistas e avanços no campo da intervenção e das políticas públicas para o cuidado de pessoas que usam crack e outras drogas, ainda há importantes lacunas, tanto na esfera assistencial como no âmbito jurídico. A visão dominante e distorcida do crack como uma “epidemia” produtora de um “grande mal social”, o faz operar como um potente mecanismo de exclusão social, afetando sobretudo os grupos mais vulnerabilizados. Tal postura invisibiliza e “justifica” de maneira equivocada a imposição de condutas arbitrárias e estigmatizantes, que violam os direitos de usuários inseridos em uma determinada conjuntura social, colocada à margem e com forte tendência de cristalização.

Destaca-se, ainda, que o estudo propiciou às pesquisadoras uma aproximação da realidade de um grupo populacional invisibilizado. E assim, permitiu a identificação de vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais que denotam a magnitude dessa questão e a lança como um desafio a ser priorizado na agenda da saúde pública. Ao mesmo tempo, desvelou aspectos importantes para o fomento de políticas públicas específicas, pautadas na redução de danos, na bioética e nos direitos humanos, bem como para o planejamento de

estratégias e ações com vistas à melhoria dos condicionantes de saúde das populações mais vulneráveis.

REFERÊNCIAS

ACIOLI NETO MLA, SANTOS MFS. Masks of Poverty: crack as a social exclusion mechanism. Doi: 10.4025/psicolestud.v20i4. **Psicologia em Estudo, Maringá**, v. 20, n. 4 p. 611-623, out./dez. 2015. Disponível em: http://ojs.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28292/pdf_1 (Acesso em 02 Julho 2017).

ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (org). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

ALBERTO, O; PÉREZ, A.B., DIRK J. K. **Eur Addict Res**. 2012;18(4):184-92. doi: 10.1159/000336118. Epub 2012 Mar 23. Differential profiles of crack users in respondent-driven and institutional samples: a three-site comparison.

ARAUJO, A., Cabral; LOTUFO NETO, F. A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 67-82, abr. 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452014000100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 06 dez. 2017.

ARENDT, H. **Sobre a violência**. São Paulo: Ed. Civilização Brasileira, 2016.

ARRUDA, M. S. B.; SOARES, C. B.; ADORNO, R. C. F. Revisão bibliográfica: o consumo de crack nos últimos 20 anos. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v.4, n.2, p.157-166, 2013.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5** /; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2014.

BARBOSA J.A.G., SOUZA, M.C.M.R., FREITAS, M.I.F. Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2015;37(4/5):273–8.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?**. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BERTONI; VASCONCELLOS; BASTOS, 2014. Uso do método Time Location Sampling para acessar os usuários de crack/e ou similares no Brasil-desenvolvimento do Inquérito Epidemiológico. Aspectos conceituais e metodológicos básicos. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?**. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BERTONI, N.; BURNETT, C.; CRUZ, M. S. C.; ANDRADE, T.; BASTOS, F. I.; LEAL, E.; FISCHER, B. Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics

among young urban crack users in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, 2014,13(70),01-11. Disponível em: <http://www.equityhealthj.com/content/13/1/70>. Acesso em: 10 ago. 2016.

BOTTI, N. C. L.; MACHADO, J. S. A.; TAMEIRÃO, F. V. Perfil sociodemográfico e padrão do uso de crack entre usuários em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial. **Rev Estudos e Pesquisas em Psicologia**. 2014;14 (1):290-303.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Lisboa: Difel, 1989.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. CARLINI, E. A. (supervisão) [et al.]. Brasília: SENAD, 2010a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento Nacional sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras**. GREA/IPQ-HC/FMUSP. ANDRADE, A. G.; DUARTE, P. C. A. V.; OLIVEIRA, L. G. (org.). Brasília: SENAD, 2010b.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. **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. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio: síntese de indicadores 2013**/ IBGE. 2 ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 2015b. 296 p.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. Medidas de associação em estudos epidemiológicos: risco relativo e odds ratio. **Jornal de Pediatria**, 1998, 74:247-251. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/54354/000246332.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 05 de dez. 2016

CAPISTRANO FC, FERREIRA ACZ, MAFTUM MA, KALINKE LP, MANTOVANI MF. Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. **Cogitare Enferm**. 2013 Jul/Set; 18(3):468-74.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas no Brasil - estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina e Senad - Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional, 2002.

CARLINI, E. A.; CARLINI-COTRIM, B.H.R.S.; SILVA FILHO, A.R. **II Levantamento Nacional sobre o Uso de Psicotrópicos em Estudantes de 1o e 2o Graus - 1989**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, 1991. 93 p.

CARVALHO H.B., SEIBEL, S.D. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. **Clinics (Sao Paulo)**. 2009;64(9):857-66. doi: 10.1590/S1807-59322009000900006.

COLLINS, J.J., MESSERSCHINIDT, P.M. Epidemiology of alcohol-related violence. **Alcohol Health Res World**, 1993, 17(2):93-100. <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/10report/chap01c.pdf>

COUTINHO, L. M. S et al . Prevalência de transtornos mentais comuns e contexto social: análise multinível do São Paulo Ageing & Health Study (SPAH). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 9, p. 1875-1883, Sept. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000901875&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Dec. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00175313>.

CUNHA, SM; ARAUJO RB; BIZARRO. L. Profile and pattern of crack consumption among inpatients in a Brazilian psychiatric hospital. **Trends Psychiatry Psychother**. 2015 Set; 37(3): 126-132. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-60892015000300126&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2014-0043> (Acesso em: 10 Março 2017).

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciências e Saúde Coletiva**. [S.L.], v. 11, p. 1163-1178, mar. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2016.

DE CARVALHO, H. B., & SEIBEL, S. D. (2009). Crack Cocaine Use and its Relationship with Violence and Hiv. **Clinics (Sao Paulo, Brazil)**, 64(9), 857-866. <http://doi.org/10.1590/S1807-59322009000900006>

DIAS, A.C; ARAÚJO, MR, LARANJEIRA, R. Evolution of drug use in a cohort of treated crack cocaine users. **Rev. Saúde Pública**. 2011 Out; 45(5): 938-948. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000049>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000500016&lng=en (Acesso em 15 Julho 2016).

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; FRANÇA-JUNIOR, L. A. B.; PORTELLA, A. P.; DINIZ, C. S. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. **Rev Saúde Pública**. v. 43(2): 299-310, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000109&pid=S1415-790X201200010001500011&lng=pt. Acesso em: 15 jul. 2016.

DUAILIBI, L.B; RIBEIRO M; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad. Saúde Pública** [Internet]. 2008; 24(Suppl 4): s545-s557. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001600007> (Acesso em: 30 Maio 2016).

DUARTE, P. C. A. V.; STEPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. (Org.). **Relatório Brasileiro sobre Drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. Brasília: SENAD, 2009. 364 p.

ELICKER, E. et al. . Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 3, p. 399-410, set. 2015. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742015000300006&lng=pt&nrm=iso. (Acesso em: 08 abr. 2017).

FERREIRA FILHO O.F.; TURCHI, M.D.; LARANJEIRA, R; CASTELO, A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):751-9. DOI: 10.1590/S0034-89102003000600010

FORMIGA, M.B; VASCONCELOS, S.C; GALDINO, M.K.C.; LIMA, M.D.C. Presence of dual diagnosis between users and non-users of licit and illicit drugs in Brazil. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(4):288-95. DOI: 10.1590/0047-2085000000091. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v64n4/0047-2085-jbpsiq-64-4-0288.pdf> (Acesso em: 20 Novembro 2016).

FELSON R. B.; STAFF J. The Effects of Alcohol Intoxication on Violent Versus Other Offending. **Journal Criminal Justice and Behavior**, 2010, 16; 1: 3-21. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0093854810382003>. Acesso em: 30 mar. 2017.

GALDURÓZ, J.C; NOTO, A.R; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A. **I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas - Parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo (1999)**. São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2000.

HORTA RL, HORTA BL, ROSSET AP, HORTA CL. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cad. Saúde Pública**. 2011 Nov; 27 (11): 2263-2270. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001100019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100019> (Acesso em: 10 Março 2017).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro : IBGE, 2013. 156 p. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/apps/atlas/> (Acesso em: 05 Dezembro 2016).

JORGE, M. S. B. et al. Ritual de consumo do crack: aspectos socioantropológicos e repercussões para a saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p. 2909-2918, Oct. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000015&lng=en&nrm=iso. Acesso 10 dez. 2016.

MARQUES, S. S.; MADDALENO, M. Políticas públicas de promoção do desenvolvimento juvenil e prevenção da violência: combinando perspectivas para políticas integrais. In: WESTPHAL, M. F.; BYDLOWSKI, C. R. **Violência e Juventude**. São Paulo: Hucitec, 2010.

LOTSCH J. et al. Common non-epigenetic drugs as epigenetic modulators. **Trends Mol Med.**, 2013, Dec 19(12):742-53. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24054876>. Acesso em: 18 set. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 278-292, Set. 1990. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1990000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 de out. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, supl. 1, p. S7-S18, 1994. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso. Acesso em : 15 mai. 2017.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, Jan. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 08 dez. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000100011>.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(Sup): 1259-1267, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a15v11s0.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2016.

MITRA M., MOURADIAN V.E., FOX M.H., PRATT C. Prevalence and Characteristics of Sexual Violence Against Men with Disabilities. **Am J Prev Med.** 2016 Mar;50(3):311-317. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379715004213>. Acesso em: 05 dez. 2016.

MUSAYÓN, Y. et al. Mujer, drogas y violencia: complejidades de un fenómeno actual. **Invest Educ Enferm.**, 2007; 25(2): 84-95.

MORAES M, CASTRO R, PETUCO D (Org.). **Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde**. Recife: Instituto PAPAI, 2010. (Série Homens e Políticas Públicas).

MOREIRA, Marcelo Rasga et al . A review of Brazilian scientific output on crack - contributions to the political agenda. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1047-1062, Apr. 2015. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401047&lng=en&nrm=iso. access on 01 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.03202014>.

MOREIRA MR, FERNANDES FMB, RIBEIRO JM, FRANCO NETO TL. A review of Brazilian scientific output on crack - contributions to the political agenda. **Ciênc. saúde coletiva**. 2015 Apr; 20(4): 1047-1062. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232015000401047&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015204.03202014>
(Acesso em: 2017 July 30).

OLIVEIRA JF, PAIVA MS, VALENTE CML. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. **Rev Latino-am Enfermagem** 2007 março-abril; 15(2). Disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n2/pt_v15n2a09.pdf (Acesso em: 15 Fevereiro 2017).

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. **Rev. Saúde Pública.** v. 42(4), 664-71, 2008.

OLIVENSTEIN, Claude. **A droga.** São Paulo: Brasiliense, 1989.

PAIVA CB, FERREIRA IB, BOSA VL, NARVAEZ JC. Depression, anxiety, hopelessness and quality of life in users of cocaine/crack in outpatient treatment. **Trends Psychiatry Psychother.** 2017 Jan-Mar; 39(1): 34-42. doi: 10.1590/2237-6089-2015-0065.

PALUDO, S. S.; SCHIRÓ, E. D. B. Um estudo sobre os fatores de risco e proteção associados à violência sexual cometida contra adolescentes e jovens adultos. **Estudos de Psicologia,** 17(3), setembro-dezembro/2012, 397-404. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/07.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2016.

PICHIULE CASTANEDA, M. et al . Violencia de pareja en jóvenes de 15 a 16 años de la Comunidad de Madrid. **Rev. Esp. Salud Publica, Madrid,** v.88, n.5, p.639-652, oct. 2014. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272014005500008&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 7 set. 2016.

RAUPP, L, ADORNO, R.C.F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva.* 2011 Mai; 16(5): 2613-2622. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500031&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500031>
(Acesso em: 30 Julho 2017).

RAYMOND, H. F.; ICK, T.; GRASSO, M.; VAUDREY, J.; MCFARLAN, W. **Manual Time Location Sampling.** San Francisco: Department of Public Health HIV Epidemiology Section/Behavioral Surveillance Unit, 2007.

REIS, Lúcia Margarete dos; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. Drogas e violência: percepção social em uma comunidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** Goiânia, v. 17, n. 3, abr. 2016. ISSN 1518-1944. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/28663>. Acesso em: 05 mai. 2017.

RIBEIRO M., LARANJEIRA R. (org.). O tratamento do usuário de crack. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO NAOMAR, N. D. A. **Epidemiologia e Saúde.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 728 p.

SCHENKER, M. ; MINAYO, M. C. S. **Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência.** Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a27v10n3.pdf>>. Acesso em: 10 de jul. 2016.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, M. A. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, p. 101-108, Mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

SHANNON K., CSETE J. JAMA. Violence, condom negotiation, and HIV/STI risk among sex workers. **JAMA**, 2010 Aug 4;304(5):573-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20682941>. Acesso em 20 out. 2016.

SHERWOOD et al. Sexual violence against female sex workers in The Gambia: a cross-sectional examination of the associations between victimization and reproductive, sexual and mental health. **BMC Public Health**. v.15:270, 1-10, 2015. Disponível em: <<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1583-y>>. Acesso: 24 ago. 2016.

SZWARCWAL, C. L.; DAMACENA, G. N. Amostras complexas em inquéritos populacionais: planejamento e implicações na análise estatística dos dados. **Rev Bras Epidemiol**. v. 11(supl 1), 38, 38-45, 2008. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/1329/1/landmann_amostras%20complexas.pdf__>. Acesso em: 10 nov. 2016.

TRAD, S. N. S.; TRAD, L. A. B.; ROMANÍ, O. Contribuições das Ciências Sociais ao estudo sobre o uso de drogas e o diálogo com a produção nacional contemporânea. In: JORGE, M. S. B.; TRAD, L. A. B.; QUINDERÉ, P. H. D.; LIMA, L. L. **Olhares plurais sobre o fenômeno do crack**. Org. Fortaleza: EdUECE, 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país/2005**. CARLINI, E. A. (supervisão) [et al.]. São Paulo : CEBRID - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas**. LARANJEIRA, R. (supervisão) [et al.]. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas/UNIFESP, 2014.

ZALUAR, A. **Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2004.

WESTPHAL, M. F.; BYDŁOWSKI, C. R. **Violência e Juventude**. São Paulo: Hucitec, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence**. Genebra, 2010.

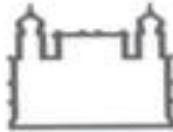
_____. **Global Status Report on Violence Prevention**. Genebra, 2014.

_____. United Nations Office on Drug and Crime. **World Drug Report**. Genebra, 2015.

_____. United Nations Office on Drug and Crime. **World Drug Report**. Genebra, 2016.

ZHAO, J., CAI, R., CHEN, L. et al. A Comparison Between Respondent-Driven Sampling and Time-Location Sampling Among Men Who Have Sex with Men in Shenzhen, China. **Arch Sex Behav** (2015) 44: 2055. doi:10.1007/s10508-014-0350-y

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 03 de maio de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 62/11 CAAE: 0073.0.031.000-11

Título do Projeto: "Perfil dos usuários de crack nas 26 capitais, DF, 9 regiões metropolitanas e Brasil"

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Monica Siqueira Malta

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 22 / 03 / 2011

Data de apreciação: 06 / 04 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Ângela Esher
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Matr. SIAPR: 1386004

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido



Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Comitê de Ética em Pesquisa Humana

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Participantes de entrevistas

PESQUISA: Perfil dos usuários de crack nas 26 capitais, DF, 09 regiões metropolitanas e Brasil

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS NACIONAIS:

Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS LOCAIS:

XXXX

INTRODUÇÃO

Este documento contém informações sobre uma pesquisa. Gostaríamos de lhe explicar o que pretendemos fazer nesta pesquisa para que você possa decidir se gostaria de participar ou não. Você pode me interromper para fazer perguntas a qualquer momento, e se não entender alguma coisa que eu disser você pode pedir para que eu pare e explique melhor a parte que você não tiver entendido. Quando eu terminar de ler estas informações, e se você ainda desejar participar, eu pedirei a você que assine esse formulário para indicar que você deseja participar.

1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO ESTUDO

Eu faço parte de um grupo de pesquisadores que está trabalhando em um projeto de pesquisa coordenado nacionalmente pela Fundação Oswaldo Cruz do Ministério da Saúde e coordenada no estado de XXXX pela XXXX. O objetivo deste estudo é conhecer melhor **os comportamentos e experiências de pessoas que usam crack e outras drogas no Brasil**. A pesquisa será financiada pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Você foi convidado para participar desta pesquisa porque foi identificado como fazendo parte deste grupo.

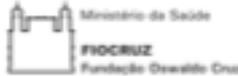
2. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Primeiramente, nós iremos lhe convidar a participar de uma entrevista que deverá levar mais ou menos uma hora. Iremos lhe fazer algumas perguntas sobre suas experiências relacionadas ao seu uso de drogas, seus comportamentos sexuais, o que você sabe sobre o HIV e outras infecções que são transmitidas pelo sexo. As informações da sua entrevista serão escritas em um questionário em papel e posteriormente digitalizadas em um computador e somente um código será usado para identificação, não usaremos seu nome nem outras informações pessoais neste questionário.

Depois do questionário nós iremos lhe convidar a realizar testes de Tuberculose, HIV e Hepatite C, que serão oferecidos a você de forma gratuita. Caso você concorde em fazer os testes, você saberá os resultados dos testes de HIV e Hepatite C na mesma hora, sem ter que voltar para buscá-los.

Já o exame para tuberculose será colhido em dois potinhos, onde você vai escarrar, e o resultado será fornecido a você posteriormente (dentro de alguns dias). Você receberá um cartão com um número que servirá para apanhar o resultado do teste.

Para a realização dos testes de HIV e Hepatite C, um pequeno furo será feito na ponta do dedo para coletar algumas gotas de sangue. Um profissional de saúde treinado vai entregar este resultado a você e vai lhe aconselhar sobre como se prevenir das infecções que passam pelo sexo.



Se você tiver um resultado positivo em algum dos testes realizados, nós iremos lhe encaminhar para um serviço que poderá lhe oferecer aconselhamento e, se for necessário, tratamento para essas infecções gratuitamente.

O teste de hepatite C é o mesmo que está sendo implementado em toda a rede do SUS pelo Ministério da Saúde e tem finalidades de avaliação, mas não de diagnóstico definitivo da infecção pelo vírus da hepatite C. Caso o exame seja reagente, você será orientado a procurar um serviço de saúde, onde fará novos testes, a partir da coleta de sangue venoso (como nos exames de sangue que habitualmente fazemos para verificar nosso estado de saúde). A conduta que vamos adotar é exatamente a mesma daquela adotada pelo Ministério da Saúde em todo o Brasil, a partir da iniciativa de ampliar a testagem e a oferta de tratamento para a hepatite C.

3. DESCONFORTOS E RISCOS POSSÍVEIS

Você poderá sentir desconforto mínimo e passageiro na ponta do dedo aonde for feita a coleta de sangue, sem correr risco algum durante esse procedimento, visto que será utilizado material descartável e a coleta será feita por profissional de saúde devidamente treinado.

Ao participar deste estudo, você pode correr os seguintes riscos: o risco principal é a perda da confidencialidade, quer dizer, o risco de que as informações que você nos der sejam divulgadas para outras pessoas. Outro risco possível é de você se sentir ansioso ou angustiado por estar respondendo a perguntas muito pessoais ou sensíveis nas entrevistas. E o último risco possível em participar dessa pesquisa é você se sentir estressado por estar fazendo testes para avaliar se você tem Tuberculose, HIV e Hepatite C; ou se sentir triste se receber um resultado positivo nos testes.

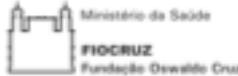
Todos estes riscos são importantes e precisam ser evitados. Há mais de 20 anos a nossa equipe de pesquisa realiza este tipo de estudo, e não sabemos de nenhuma situação na qual houve uma quebra de sigilo com o participante. Com relação aos possíveis sentimentos de estresse ou tristeza, nossa equipe é bastante experiente e treinada para lhe oferecer aconselhamento no momento da entrevista. E se você quiser, nós podemos também lhe encaminhar para um serviço público que possa lhe oferecer um apoio psicológico mais aprofundado depois da pesquisa.

Algumas das questões que irei lhe perguntar são bastante pessoais, especialmente as perguntas sobre seu uso de drogas e seu comportamento sexual. Caso alguma pergunta seja embaraçosa para você, você não precisa respondê-la. Em qualquer momento você pode terminar sua participação nesta entrevista, sem precisar nos dar qualquer explicação. Se você precisar de mais informações sobre Tuberculose, HIV e Hepatite C, ou sobre qualquer outro assunto que você tenha visto durante a entrevista, nós poderemos lhe encaminhar para os profissionais de saúde ou organizações que possam lhe ajudar.

4. BENEFÍCIOS ESPERADOS

O benefício direto que você tem em participar desta pesquisa é ter acesso aos testes rápido para HIV e Hepatite C, e ao exame padrão para avaliação da tuberculose, e, se for necessário ser encaminhado para serviços públicos especializados para receber aconselhamento e tratamento.

Mas o benefício principal desta pesquisa é utilizar as informações que você e outros participantes nos derem para organizar melhores estratégias de saúde e sociais especificamente elaboradas para usuários de crack, assim como elaborar melhores programas de prevenção para Tuberculose, HIV e Hepatite C e programas de prevenção e tratamento de usuários de crack. Ou seja, a nossa pesquisa pode beneficiar a sociedade como um todo, e particularmente alguns grupos de pessoas que usam drogas.



5. GARANTIA DE SIGILO

A sua participação nesta entrevista é totalmente confidencial e voluntária. Para assegurar o sigilo das informações que você nos der, as seguintes medidas serão tomadas: nenhum nome próprio ou endereço serão coletados nos questionários; ninguém além do grupo de pesquisadores terá acesso ao que você disser aqui e seu verdadeiro nome não será escrito ou publicado em nenhum local. Nenhuma informação que você vier a nos dar, durante sua participação na pesquisa, será divulgada para qualquer outra pessoa que não faça parte do nosso grupo de pesquisa.

Os participantes terão códigos de identificação, que serão usados nos formulários, ao invés de seu nome próprio. As informações pessoais serão mantidas em um lugar diferente dos arquivos principais. Só a equipe de pesquisa terá acesso aos arquivos de dados. Todos os documentos serão mantidos em um armário trancado e os arquivos de computador serão protegidos por senhas. Os formulários escritos serão mantidos guardados por um período de 05 anos, depois do fim do estudo, conforme exigido pelas Normas Éticas de Pesquisa brasileiras. Se os resultados do estudo forem publicados, seu nome será sempre mantido em sigilo e nunca aparecerá.

6. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO

Você poderá nos fazer qualquer pergunta ou tirar qualquer dúvida que você tenha sobre essa pesquisa a qualquer momento, quer dizer, você pode nos perguntar qualquer coisa da pesquisa antes de ter começado a participar da entrevista ou enquanto você estiver participando da entrevista. Nós lhe daremos telefones e endereços de contato para que você possa tirar qualquer dúvida também depois que terminar esta entrevista, se você decidir que quer participar dela.

7. COMPENSAÇÃO

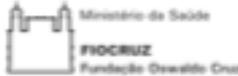
Você receberá um ticket alimentação no valor de R\$ 20,00 para cobrir as despesas de alimentação. Com esse valor nós não estamos pagando pelo seu tempo, apesar de sabermos que sua colaboração é muito importante para nós. Nós lhe daremos essa pequena ajuda financeira imediatamente após o término dos procedimentos da pesquisa.

8. SUA PARTICIPAÇÃO E SAÍDA DO ESTUDO

Caso você tenha qualquer pergunta sobre essa pesquisa, você pode entrar em contato com os coordenadores nacionais desta pesquisa, Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni, da Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro. O telefone deles está em um cartão de contato que iremos lhe dar. Eles poderão esclarecer qualquer pergunta ou preocupação que você possa ter sobre esse projeto, ou registrar qualquer reclamação que você possa ter sobre o tratamento que recebeu durante essa pesquisa. Se você tiver qualquer interesse em conhecer os resultados deste estudo quando este terminar, os pesquisadores poderão lhe dar uma cópia.

Você poderá entrar em contato também com os coordenadores da pesquisa no estado de XXXX, XXXX ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fiocruz, pelo telefone ou endereço que também está no cartão de contato.

Lembre-se que você pode se recusar a responder qualquer pergunta, ou parar de participar da pesquisa no meio do grupo, sem problema algum. Se você decidir não participar da pesquisa, ou quiser parar a qualquer momento, você não irá sofrer nenhum prejuízo, nem no atendimento que você recebe atualmente neste serviço de saúde, ou em qualquer outro serviço será prejudicado. A sua participação é totalmente voluntária e não existe problema algum se você não quiser participar.



Você gostaria de perguntar alguma coisa a mais? Você gostaria de participar?

VERIFICAÇÃO DO CONSENTIMENTO

POR FAVOR, ASSINE ABAIXO SE VOCÊ GOSTARIA DE PARTICIPAR DESSE ESTUDO.

Data: ____/____/____

Assinatura do participante



Espaço para impressão digital do participante, no caso deste ser incapaz de assinar o consentimento

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Declaro que o participante teve tempo necessário para ler e compreender o estudo e que todas suas dúvidas foram sanadas. É minha opinião que o participante compreendeu os objetivos, benefícios, riscos e procedimentos que serão seguidos neste estudo e que concordou em participar de forma voluntária.

(Assinatura de pessoa que obteve o consentimento informado)

____/____/____
Data

Nota: Cópias assinadas desse formulário de consentimento devem ser: a) mantidas arquivadas pelo Pesquisador Principal e b) dada para o participante

CARTÃO DE CONTATO PARA O PARTICIPANTE

PARA FALAR COM DR. XXXX, PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO ESTUDO NO ESTADO DE XXXX, PODERÁ ENCONTRÁ-LOS NO ESCRITÓRIO DA XXXX, SIATUADO NA XXXX.

CASO VOCE PREFIRA, PODERÁ TAMBEM ENTRAR EM CONTATO COM DR. FRANCISCO INACIO BASTOS OU NEILANE BERTONI ATRAVÉS DO TELEFONE: (21) 3865-3231.

SE VOCÊ TIVER OUTRAS PERGUNTAS SOBRE SEUS DIREITOS COMO PARTICIPANTE DA PESQUISA, VOCÊ PODE ENTRAR EM CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ENSP - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA, DA FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ PARA FALAR COM ESTE COMITÊ, VOCÊ PODE TELEFONAR PARA: (21) 2598-2863.



Pesquisa Nacional sobre o Perfil dos Usuários de Crack

FOLHA DE COLETA

Estrato geográfico: EG Grupo: GGG Município: UFMMMWD - [NOME completo entre aqui] Estrato frequência: EF Código da casa: CCC Nº da FC: CCCDT
Local da casa: _____

Endereço da casa: _____

Referência da casa: _____

Dia da semana: 2 - Segunda-feira Turno de visita: T - de 1h:00m a 1h:00m Horário de início do recrutamento: hh:mm

Nº de pessoas a recrutar: N

Nome do recrutador: _____ Data: ____/____/201__

Horário de início do recrutamento: ____:____h

Horário de término do recrutamento: ____:____h

Nº da linha	Sexo 1 - Homem 2 - Mulher	Já foi convidado e participou da pesquisa? 1-Sim 2-Não	Tem 18 anos ou mais? 1-Sim 2-Não	Você usou crack/sintomas pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses? 1-Sim 2-Não	Resultado do recrutamento Ver deixo	Sequencial de recrutamento Em branco se recusa a 1	Transportado? 1-Sim; 2-Não; 3-Em processo	Nº Convite	Se recrutado, faça as perguntas abaixo											
									Para qual time de futebol você torce?	Quantas tatuagens você tem?	Qual o nome/apelido do seu melhor amigo?	Qual o primeiro nome da sua mãe - como você a chama(va)?								
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

Resultado do recrutamento: para elegíveis:

- 1 - Recrutamento realizado
- 3 - Recusa a pesquisa
- 5 - Sem condições de ser abordado

para não elegíveis:

- 7 - Menor de 18 anos
- 8 - Já participou
- 9 - Não é usuário (menos de 25 dias nos últimos seis meses)

Sequencial de recrutamento: Número sequencialmente as linhas com resultado do recrutamento igual a 1 (recrutamento realizado), deixando em branco as demais linhas.

ANEXO D – Questionário de Elegibilidade

	Ministério da Saúde FIOCRUZ Fundação Oswaldo Cruz	PESQUISA NACIONAL SOBRE O PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK
---	--	--

Questionário de Elegibilidade

ID Convite: <input style="width: 40px;" type="text"/>	NºFU: <input style="width: 40px;" type="text"/>	Nº da linha: <input style="width: 40px;" type="text"/>
Data de Entrevista: <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 40px;" type="text"/>		
Assinatura _____		

Q1- Qual seu sexo?
 Masculino Feminino

Q2- Qual sua idade?

Q3- Quais drogas abaixo você usa fumando em cachimbos, latas ou copos?
(Pode marcar mais de uma opção)

Crack
 Maria
 Pasta base
 Oxi
 Alguma(s) das acima listadas mas não conhece a diferença entre elas
 Apenas outras drogas ou estas drogas de outras formas que não em cachimbo/lata/copo

**Q4- Você usou crack, maria, pasta base e/ou oxi, fumados em cachimbos, latas ou copos
 em pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses (média de 1 dia por semana)?**
 Sim Não

Q5- É a primeira vez que você participa desse projeto?
 Sim Não

Q6- Para qual time você torce?

Q7- Quantas tatuagens você tem? *(Coloque "00" se nenhuma)*

Q8- Qual o nome/apelido do seu melhor amigo?

Q9- Qual o primeiro nome da sua mãe - como você a chama(va)?

Q10- O participante é elegível?
 Sim --> O participante pode ser incluído no estudo. Explique detalhadamente a pesquisa, leia o Termo de Consentimento (TCLE) e siga para demais etapas da pesquisa.
 Não --> O participante NÃO pode ser incluído no estudo.

Regra de elegibilidade:

- Elegível se: resposta de Q3=18 a 22 ou Q4="Sim" e se Q5="Sim"

- NÃO elegível se: resposta de Q3<18 ou se Q4="Não" ou se Q5="Não"



ANEXO E – Convite

			
Número do Convite: 24004		Brasil na Onda da Saúde	
Se você tem mais de 18 anos e recebeu esse convite da nossa equipe, talvez você possa participar de nossa pesquisa.			
Nº da FC: _____	Compareça no local e dia abaixo escritos:	Válido até	
Nº da linha: _____	Local: _____	/ /	
	Horários de atendimento: _____	 Ministério da Saúde PROJETO Paraná e Onda da Saúde	

ID Questionário:

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

QA14. Qual a sua ocupação/trabalho principal atualmente?

- Servidor público
 Empregado com carteira de trabalho
 Empregado sem carteira de trabalho
 Trabalho por conta própria/autônomo
 Trabalhos esporádicos/bicos
 Empregador
 Não trabalho atualmente
 Estudante
 Dona de casa
 Aposentado/em benefício
 Não sabe
 Recusou

QA15. Nos últimos 30 dias, quais foram as suas fontes de dinheiro?
 (Marque quantas opções forem aplicáveis)

- Renda de Assistência/Benefício (assistência social, seguro, previdência desemprego, benefício por doença)
 Família/parceiro(a)/amigos (empréstimos / presentes)
 Trabalho regular com carteira assinada
 Trabalho regular sem carteira assinada
 Trabalho por conta própria/autônomo
 Trabalho esporádico/bicos
 Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas
 Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro
 Atividade ilícita (outra que não tráfico de drogas. Como: furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatário, etc)
 Pedir esmolas
 Outras. Listar:

--

QA16. Nos últimos 30 dias, quanto dinheiro você recebeu no total das suas fontes de renda?

- R\$

--	--

 .

--	--	--	--

 Não sabe/Não lembra
 Recusou

QA17. Qual era a sua renda média antes de iniciar o uso de crack ou similares?

- R\$

--	--

 .

--	--	--	--

 Não sabe/Não lembra
 Recusou



ID Questionário:

--	--	--	--	--	--

SEÇÃO B - USO DE DROGAS

Leia: As perguntas a seguir são sobre seu uso de álcool e drogas. Lembre-se que este questionário é anônimo e que as informações são confidenciais, isto é, ninguém ficará sabendo, por isso, seja o mais sincero possível em suas respostas. Se você não entender uma pergunta, ou precisar de mais informações é só me dizer.

(Por favor, observe que estas questões se referem apenas a uso não médico, isto é, que não envolve uso de uma droga prescrita para você por um médico para o tratamento de alguma questão ou problema de saúde)

QB1(a). Quais dessas drogas você usou nos últimos 12 meses?

Entrevistador:

Leia a lista e marque quantas respostas forem aplicáveis na coluna A do quadro seguinte. Considere as "misturas" como outras drogas, especificando no final da tabela.

QB1(b). Quais dessas drogas que você usou nos últimos 30 dias?

Entrevistador:

Leia a lista e marque quantas respostas forem aplicáveis na coluna B do quadro seguinte.

QB1(c). Em quantos dias você usou cada uma dessas drogas, nos últimos 30 dias?

Entrevistador:

Leia cada droga marcada na coluna B e indique o nº de dias de uso na coluna C do quadro seguinte.

QB1(d). Qual era a via principal que você usou para tomar cada droga nos últimos 30 dias?

Entrevistador:

Marque a principal (resposta única) via de administração na coluna D no quadro seguinte.

MOSTRAR CARTÃO A

QB1(e). Quanto dinheiro você gastou com cada tipo de droga nos últimos 30 dias?

Entrevistador: Escreva a quantidade em reais na coluna E do quadro seguinte.

Não considerar valores equivalentes a "trocas" por drogas, ou seja, conte somente o valor dado em dinheiro para comprar a droga.

QB1(f). Liste as fontes principais (no máximo 3) das quais você obteve cada droga nos últimos 30 dias?

Entrevistador:

Leia e marque no máximo 3 respostas na coluna F do quadro seguinte.

MOSTRAR CARTÃO B

	A	B	C	D	E	F		
DROGA	Uso nos últimos 12 meses	Uso nos últimos 30 dias	Nº de dias que usou nos últimos 30 dias	Principal via de administração (resposta única)	Valor gasto em R\$ com a droga nos últimos 30 dias	Fonte Principal		
1) Álcool	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	X	X



ID Questionário:

 . .

	A	B	C	D	E	F
DROGA	Uso nos últimos 12 meses	Uso nos últimos 30 dias	Nº de dias que usou nos últimos 30 dias	Principal via de administração (resposta única)	Valor gasto em R\$ com a droga nos últimos 30 dias	Fonte Principal
2) Tabaco	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada		
3) Maconha/haxixe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
4) Anfetaminas/ remédios para emagrecer/ metanfetaminas/ ritalina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada		<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
5) Ecstasy/ MDMA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
6) Cocaína	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
7) Crack	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
8) Merla	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
9) Pasta base	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra



ID Questionário:

--	--	--	--	--	--

	A	B	C	D	E	F						
DROGA	Uso nos últimos 12 meses	Uso nos últimos 30 dias	Nº de dias que usou nos últimos 30 dias	Principal via de administração (resposta única)	Valor gasto em R\$ com a droga nos últimos 30 dias	Fonte Principal						
10) Oxi	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
11) Benzodiazepínico / Diazepam, etc	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	X	<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra				
12) Heroína/ Metadona/ Dolantina/ Morfina ou outro opióide que não a codeína	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	X	<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra				
13) Tylex ou outra forma de codeína	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	X	<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra				
14) Inalantes/ cola/ solvente/ tiner/ loló, etc	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
15) LSD	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
16) "Mistura" Liste as drogas:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
17) Outra.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra



ID Questionário:

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

SEÇÃO D - RISCO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

Leia: Agora vamos conversar sobre o uso de cachimbos, latas e copos para o uso de crack e similares.

QD1. Nos últimos 30 dias, você usou algum cachimbo, lata ou copo para fumar crack e/ou similares que já tinha sido usado por outra pessoa antes?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

QD2a. Onde você conseguiu os CACHIMBOS, LATA OU COPO para crack e/ou similares que você usou nos últimos 30 dias?

Entrevistador: Marque todos os locais aplicáveis na coluna I

QD2b. Durante os últimos 30 dias, quantos CACHIMBOS, LATA OU COPO de crack e/ou similares você conseguiu das fontes que você mencionou?

Entrevistador: Escreva o nº de cachimbos na coluna II, referentes as opções marcadas na coluna I.

- Não usou crack e/ou similares em cachimbo/lata/copo
 Não sabe
 Recusou

Fonte	coluna I Fonte de cachimbos, latas e copos dos últimos 30 dias	coluna II Nº de CACHIMBOS
1) Programa de disponibilização de kit de crack	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
2) Traficante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
3) Amigo(a)/ companheiro(a)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
4) Outro usuário de droga (não amigo/companheiro)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
5) Improvisou/encontrou partes e fez o cachimbo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
6) Comprou as partes em loja	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
7) Outros:		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>
8) Outros:		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="text"/>



ID Questionário:
--

SEÇÃO E - COMPORTAMENTO SEXUAL

Leia: Agora eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre seus relacionamentos e comportamentos sexuais recentes. Lembre-se que as suas respostas são inteiramente confidenciais e que eu não irei comentar com ninguém o que você me falar.

QE1. Nos últimos 30 dias, você teve relações sexuais: (Pode-se marcar mais de uma opção)

- Com homens
 Com mulheres
 Habitualmente com homens, mas às vezes com mulheres
 Habitualmente com mulheres, mas às vezes com homens
 Com travestis
 Não teve relações sexuais nos últimos 30 dias --> Ir para a QE6

Parceiros fixos

Agora vamos falar de suas experiências sexuais somente durante os últimos 30 dias. Vamos começar perguntando sobre seus parceiros fixos com quem você manteve ou mantém relações sexuais regularmente. Parceiro fixo pode ser um namorado(a), esposa/marido, companheiro(a) ou alguém com quem você não recebe/dá nenhum dinheiro ou drogas para ter sexo.

QE2(a). Você teve relação sexual com parceiros(as) FIXOS(AS) nos últimos 30 dias?

- Sim
 Não --> Se "não", ir para a QE2(d)

QE2(b). Com quantos(as) parceiros(as) fixos(as) você teve relação sexual nos últimos 30 dias?

- Um parceiro(a) fixo(a)
 2 a 5 parceiros(as) fixos(as)
 6 a 10 parceiros(as) fixos(as)
 Mais de 10 parceiros(as) fixos(as)

QE2(c). Com esses parceiros(as) fixos(as), você usou camisinha nos últimos 30 dias?

- Nenhuma das vezes Mostrar cartão C
 Menos da metade das vezes
 Mais da metade das vezes
 Todas as vezes

Parceiros eventuais/casuais

Agora vamos perguntar sobre suas experiências sexuais durante os últimos 30 dias com parceiros eventuais/casuais com quem você manteve ou mantém relações sexuais sem regularidade. Parceiro eventual/casual é alguém com quem você transou uma vez ou mais sem nenhuma regularidade e para quem você não recebe/dá dinheiro ou drogas para ter relações sexuais. Pode ser um paquera, ficante, rolos, etc...

QE2(d). Você teve relação sexual com parceiros(as) EVENTUAIS/CASUAIS nos últimos 30 dias?

- Sim
 Não --> Se "não", ir para a QE2(g)

QE2(e). Com quantos(as) parceiros(as) eventuais/casuais você teve relação sexual nos últimos 30 dias?

- Um parceiro(a) casual/eventual
 2 a 5 parceiros(as) casuais/eventuais
 6 a 10 parceiros(as) casuais/eventuais
 Mais de 10 parceiros(as) casuais/eventuais

QE2(f). Com esses parceiros(as) eventuais/casuais, você usou camisinha nos últimos 30 dias?

- Nenhuma das vezes Mostrar cartão C
 Menos da metade das vezes
 Mais da metade das vezes
 Todas as vezes



ID Questionário:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Parceiros comerciais

Agora vamos perguntar sobre suas experiências sexuais durante os últimos 30 dias com parceiros de quem você recebeu ou ofereceu dinheiro ou drogas em troca de sexo.

QE2(g). Nos últimos 30 dias, você DEU dinheiro ou drogas a algum parceiro em troca de sexo?

- Sim
 Não --> Se "não", ir para a QE2(j)

QE2(h). Nos últimos 30 dias, a quantas pessoas você DEU dinheiro ou drogas para ter sexo?

- Um parceiro(a)
 2 a 5 parceiros(as)
 6 a 10 parceiros(as)
 Mais de 10 parceiros(as)

QE2(i). Nessas situações em que você DEU dinheiro ou drogas em troca de sexo, nos últimos 30 dias, com que frequência você usou camisinha? Mostrar cartão C

- Nenhuma das vezes
 Menos da metade das vezes
 Mais da metade das vezes
 Todas as vezes

QE2(j). Nos últimos 30 dias, você RECEBEU dinheiro ou drogas de algum parceiro em troca de sexo?

- Sim
 Não --> Se "não", ir para a QE3

QE2(k). Nos últimos 30 dias, de quantas pessoas você RECEBEU dinheiro ou drogas para ter sexo?

- Um parceiro(a)
 2 a 5 parceiros(as)
 6 a 10 parceiros(as)
 Mais de 10 parceiros(as)

QE2(l). Nessas situações em que você RECEBEU dinheiro ou drogas em troca de sexo, nos últimos 30 dias, com que frequência você usou camisinha? Mostrar cartão C

- Nenhuma das vezes
 Menos da metade das vezes
 Mais da metade das vezes
 Todas as vezes

Sexo sem proteção

Vamos falar um pouco mais agora sobre o uso da camisinha, considerando todos os tipos de relação e parceria nos últimos 30 dias.

QE3. Nos últimos 30 dias, você usou camisinha no sexo vaginal ? Mostrar cartão C

- Nenhuma das vezes
 Menos da metade das vezes
 Mais da metade das vezes
 Todas as vezes
 Não teve relação sexual vaginal nos últimos 30 dias

QE4. Nos últimos 30 dias, você usou camisinha/barreira no sexo oral ?

- Nenhuma das vezes
 Menos da metade das vezes
 Mais da metade das vezes
 Todas as vezes
 Não teve relação sexual oral nos últimos 30 dias

Mostrar cartão C

QE5. Nos últimos 30 dias, você usou camisinha no sexo anal ?

- Nenhuma das vezes
 Menos da metade das vezes
 Mais da metade das vezes
 Todas as vezes
 Não teve relação sexual anal nos últimos 30 dias

Mostrar cartão C



ID Questionário:

. .

QE6. Você fez sexo alguma vez no último ano com parceiro(a) sabidamente portador de HIV/Aids?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

--> Ir para a QE8(a)

QE7. Você usou preservativo durante esta(s) relação(ões)?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

Entrevistador:
 "Sim" significa "em todas as relações".
 "Não" significa "em nenhuma" ou "em algumas relações"

Violência Sexual

QE8(a). Alguma vez na vida alguém forçou você fisicamente a ter relações sexuais contra sua vontade?

- Sim
 Não
 Recusou

--> Ir para a QE8(c)

QE8(b). No último ano, alguém forçou você fisicamente a ter relações sexuais contra sua vontade?

- Sim
 Não
 Recusou

Saúde Reprodutiva

QE8(c). Quantos filhos (biológicos e adotivos) você tem/teve?

Saúde Reprodutiva - Somente para MULHERES

QE8(d). Você está grávida neste momento?

- Sim
 Não
 Não sabe

QE8(e). Quantas vezes você engravidou na vida? Inclua na contagem gravidez atual. Por gravidez entenda-se qualquer gravidez cujo resultado tenha sido aborto, espontâneo ou não, bebê natimorto, além de bebês que nasceram vivos.

vezes (inclui aborto)

QE8(f). Quantas vezes na vida você deu a luz a um bebê que nasceu vivo?

vezes

QE8(g). Quantas vezes você engravidou desde que começou a usar crack e/ou similares? Inclua na contagem gravidez atual.

vezes (inclui aborto)

QE8(h). Quantas vezes, desde que começou a usar crack e/ou similares, você deu a luz a um bebê que nasceu saudável?

vezes

QE8(i). Quantas vezes, desde que começou a usar crack e/ou similares, você deu a luz a um bebê que nasceu vivo com problemas de saúde/má formação?

vezes



ID Questionário:

--	--	--	--	--	--	--	--

Status Hepatites

QE9(a). Algum profissional de saúde disse que você tem/teve hepatite?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

} --> Ir para a QE10(a)

QE9(b). Qual(is)? (Pode marcar mais de uma opção)

- Hepatite A
 Hepatite B
 Hepatite C
 Hepatite D
 Não sabe qual(is)

Status HIV

QE10(a). Você já fez exame para HIV?

- Sim --> Ir para a QE10(c)
 Não
 Não sabe
 Recusou

QE10(b). Qual você acha que seria o resultado se você fizesse o teste para HIV?

- HIV positivo
 HIV negativo
 Indeterminado
 Não sabe
 Recusou

} --> Responder e ir para a QE11

QE10(c). Você poderia dizer qual foi o resultado do seu teste de HIV mais recente?

- HIV positivo
 HIV negativo
 Indeterminado
 Não sabe
 Recusou

QE10(d). Qual a data do seu teste de HIV mais recente? (mês e ano)

		/				
--	--	---	--	--	--	--

Preencher mês com 88 se não lembra

Preencher ano com 8888 se não lembra

QE10(e). Você alguma vez já recebeu ou está recebendo tratamento para HIV? (medicação)

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou
 Não se aplica (se HIV negativo)

QE11. Você já colocou algum piercing/tatuagem?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

QE12. Alguma vez na vida você já injetou alguma droga (por exemplo, cocaína)?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

} --> Ir para a Seção F

QE12(a). Se sim, já compartilhou seringas/agulhas para o uso de drogas injetáveis?

- Sim
 Não



ID Questionário:

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

SEÇÃO F - ESTADO DE SAÚDE

Leia: Agora quero que você pense sobre como você tem se sentido fisicamente e emocionalmente. Vamos conversar sobre seus problemas de saúde física e emocional nos últimos 30 dias

Estado de Saúde Física

QF1. Como você classificaria seu estado de saúde física em geral nos últimos 30 dias?
 Leia a questão e a escala. MOSTRAR CARTÃO E

	Excelente	Muito Boa	Boa	Satisfatória	Ruim	Não sabe/não pode / não quer dizer
Em geral, você diria que sua saúde física está:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Saúde Bucal

QF2(a). Nos últimos 30 dias, você teve algum ferimento/ferida/queimadura na área da boca (cavidade oral e/ou lábios)?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

QF2(b). Como você classificaria seu estado de saúde bucal nos últimos 30 dias?

Leia a questão e a escala. MOSTRAR CARTÃO E

	Excelente	Muito Boa	Boa	Satisfatória	Ruim	Não sabe/não pode / não quer dizer
Em geral, você diria que sua saúde bucal está:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

QF2(c). Nos últimos 30 dias, você teve algum problema com sua boca, dentes ou gengivas? (dor de dente, feridas, sangramentos, etc)

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou



ID Questionário:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Problemas de Saúde Física

QF3(a). Pensando sobre outro(s) problema(s) de saúde física que você teve no último ano, você pode listá-los começando pelo mais sério?

Entrevistador: escreva as respostas na coluna I

QF3(b). Há quanto tempo você tem este(s) problema(s)?

Entrevistador: escreva as respostas de tempo[em meses] na coluna II

QF3(c). Você acha que este(s) problema(s) são relacionados ao uso de drogas?

Entrevistador: Assinale uma das opções na coluna III

QF3(d). Você está recebendo tratamento médico para este(s) problema(s)?

Entrevistador: Assinale uma das opções na coluna IV.

Se a resposta na coluna IV é SIM, pule a coluna V e vá para questão QF3(r)

QF3(e). Você gostaria de receber atendimento médico para este(s) problema(s)?

Entrevistador: Assinale uma das opções na coluna V

	I	II	III	IV	V
	Problema de saúde física	Há quanto tempo? (N° meses) (Escreva "000" se menos de um mês)	Relacionado ao uso de drogas?	Recebendo atendimento médico?	Gostaria de atendimento médico?
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou

QF3(f). Nos últimos 30 dias, você apresentou:

Leia a lista. Marque quantas opções se aplicarem.

- (ler apenas para homens) Corrimento uretral (pelo pênis)
 (ler apenas para mulheres) Corrimento vaginal
 Úlceras ou feridas no pênis, vagina ou ânus
 Verrugas no pênis, vagina ou ânus
 Febre ou sensação de febre
 Tosse com ou sem escarro
 Perda de peso
 Suores noturnos ou quando dorme
 Não teve nenhum dos problemas mencionados
 Não sabe
 Recusou



ID Questionário:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Saúde Pulmonar

QF4. Você tem tosse, com ou sem catarro?

- Sim, há 3 semanas e mais
 Sim, de uma a duas semanas
 Sim, há menos de uma semana
 Não estou com tosse --> Ir para a QF6
 Não sabe
 Recusou

QF5. Você tem contato com alguém com tuberculose?

- Sim
 Não
 Não, mas tive no passado
 Não sabe
 Recusou

QF6. Você já teve tuberculose?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou
- } --> Ir para a QF8

QF7. Com relação a sua tuberculose, você: (Leia cada um dos itens)

- Completou o tratamento
 Não completou o tratamento/abandonou
 Não iniciou o tratamento
 Está em tratamento no momento
 Não sabe
 Recusou

Saúde Mental/Emocional

QF8. Como você classificaria seu estado de saúde mental em geral nos últimos 30 dias?

Leia a questão e a escala.

MOSTRAR CARTÃO E

	Excelente	Muito Boa	Boa	Satisfatória	Ruim	Não sabe/não pode / não quer dizer
Em geral, você diria que sua saúde mental/emocional está:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6



ID Questionário:

--	--	--	--	--	--

QF9(a). Pensando sobre problema(s) mentais/emocionais, no último ano, você teve?

Entrevistador: Leia cada um dos itens da coluna I e marque os que se aplicarem

QF9(b). Há quanto tempo você tem este(s) problema(s)?

Entrevistador: escreva as respostas de tempo[em meses] na coluna II, considerando as opções marcadas na coluna I

QF9(c). Você acha que esta(s) problema(s) são relacionados ao uso de drogas?

Entrevistador: assinale uma das opções na coluna III

QF9(d). Você está recebendo atendimento (médico, psicológico ou outro) em algum serviço de saúde para este(s) problema(s)?

Entrevistador: assinale uma das opções na coluna IV.

Se a resposta na coluna IV é SIM, pule a coluna V e vá para questão QF10(a)

QF9(e). Você gostaria de receber atendimento em algum serviço de saúde para este(s) problema(s)?

Entrevistador: assinale uma das opções na coluna V

I		II	III	IV	V
Problema de saúde mental/emocional		Há quanto tempo? (meses) (Escreva "000" se menos de um mês)	Relacionado ao uso de drogas?	Recebendo atendimento médico/psicológico?	Gostaria de atendimento médico/psicológico?
1	Tristeza/pessimismo <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
2	Sentimentos de culpa/punição <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
3	Ansiedade, impaciência ou irritabilidade <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
4	Dificuldade de dormir <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
5	Dificuldade de concentração <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
6	Perda do interesse sexual <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
7	Baixa auto-estima <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
8	Pensou em se matar <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou



ID Questionário:

--	--	--	--	--	--	--	--

Serviço de internação para tratamento de dependência química	
9) Hospital psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou <input type="checkbox"/> Não disponível (procurou mas não pode usar)
10) Clínica especializada	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou <input type="checkbox"/> Não disponível (procurou mas não pode usar)
11) Comunidade Terapêutica	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou <input type="checkbox"/> Não disponível (procurou mas não pode usar)
12) Casa de Acolhimento Transitório (CAT) ou albergue terapêutico ofertados pelo SUS	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou <input type="checkbox"/> Não disponível (procurou mas não pode usar)
13) Outro (hospitalar). Especificar: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou <input type="checkbox"/> Não disponível (procurou mas não pode usar)
Serviço extra-hospitalar para tratamento de dependência química	
14) CAPS-AD	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou <input type="checkbox"/> Não disponível (procurou mas não pode usar)
15) Serviço Universitário	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou <input type="checkbox"/> Não disponível (procurou mas não pode usar)
16) Outro (extra-hospitalar). Especificar: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou <input type="checkbox"/> Não disponível (procurou mas não pode usar)

Locais para Assistência a pessoas que usam drogas

QG1(b). No momento, você tem vontade de fazer um tratamento para o uso de drogas?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

QG2(a). Em alguns locais, há serviços para atender pessoas que usam drogas. Se um serviço como este existisse onde você vive, você o usaria?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou



ID Questionário:

--	--	--	--	--	--	--	--

QG2(b). Que aspectos um serviço de assistência para pessoas que usam drogas seriam mais importantes para você decidir se usaria o serviço ou não?

Entrevistador: Reforce as opções de resposta ("Não importante" e "Importante") entre os aspectos questionados

Aspecto	Não importante	Importante	Não sabe	Recusou
1) Que o serviço seja localizado próximo de onde você costuma usar drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Que o serviço esteja aberto em horário conveniente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Que você mantenha o seu anonimato (ou seja, que você não tenha que dar informações pessoais)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Que os serviços sociais básicos (como encaminhamento para abrigo) sejam disponíveis no local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Que o serviço ofereça ajuda para conseguir emprego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Que o serviço ofereça ajuda para escola/curso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Que o serviço ofereça ajuda para conseguir atividades de lazer/esportes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Que serviços de saúde básicos (como cuidados com feridas na boca) sejam disponíveis no local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Que a polícia não tenha acesso ao local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Que alimentação seja disponível no local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Que banho e outros cuidados de higiene sejam disponíveis no local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Que o serviço seja gratuito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Outro: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ID Questionário:

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

SEÇÃO H - ENVOLVIMENTO COM O SISTEMA DA JUSTIÇA CRIMINAL

Leia: Agora vamos conversar sobre problemas com a polícia/justiça criminal. Lembre-se que este questionário é anônimo e que as informações são confidenciais.

QH1(a). Você foi detido pela polícia (ficou menos de 1 dia na delegacia) no último ano?

 Sim

 Não

 Não sabe

 Recusou

--> Ir para a QH1(d)

QH1(b). Por que motivo você foi detido no último ano?

Entrevistador: Leia o quadro e marque quantas opções forem aplicáveis na coluna I.

QH1(c). Quantas detenções foram para cada tipo de delito no último ano?

Entrevistador: Use as opções marcadas na coluna I como um guia. Leia o quadro e marque quantas opções forem aplicáveis na coluna II.

I	II
Motivo	Quantas detenções no último ano?
1) <input type="checkbox"/> Uso ou posse de droga	<input type="text"/>
2) <input type="checkbox"/> Tráfico / Produção de drogas	<input type="text"/>
3) <input type="checkbox"/> Furto, fraude, invasão de domicílio	<input type="text"/>
4) <input type="checkbox"/> Assalto, roubo	<input type="text"/>
5) <input type="checkbox"/> Prostituição ou cafetinagem (incluindo casa de prostituição)	<input type="text"/>
6) <input type="checkbox"/> Violação da condicional/ de ordem de tratamento/ sob fiança	<input type="text"/>
7) <input type="checkbox"/> Homicídio	<input type="text"/>
8) Outro: <input type="text"/>	<input type="text"/>

QH1(d). Você já foi preso alguma vez na vida?

 Sim

--> Por quanto tempo ficou preso? meses

Se mais de uma prisão, somar os meses de todas as vezes.

 Não

 Não sabe

 Recusou

QH1(e). Qual a sua situação legal atual? (Pode marcar mais de uma opção)

 Investigado em inquérito policial

 Em liberdade condicional

 Cumprindo serviço comunitário

 Sob fiança, mandado de detenção, ou sentença pendente

 Tem um registro policial criminal

 Em medida sócio-educativa

 Outra situação não mencionada anteriormente

 Não sabe

 Recusou

Sem problemas com a justiça --> Isto significa que nenhuma das opções acima são aplicáveis

FIM: Agradeça a participação do voluntário

Hora do término:

	:	
--	---	--

33442

