

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

DAIANNY DE PAULA SANTOS

**ESTUDO DA VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO
IDENTIDADE DE GÊNERO, EM USUÁRIOS DE CRACK NO ESTADO DE
PERNAMBUCO, BRASIL**

RECIFE

2018

DAIANNY DE PAULA SANTOS

**ESTUDO DA VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO
IDENTIDADE DE GÊNERO, EM USUÁRIOS DE CRACK NO ESTADO DE
PERNAMBUCO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito para obtenção do título de mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dr.^a Ana Maria de Brito

Coorientadora: Profa. Dr.^a Naíde Teodósio Valois Santos

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

S237e Santos, Daianny de Paula.

Estudo da vulnerabilidade à violência sexual, segundo identidade de gênero, em usuários de crack no Estado de Pernambuco, Brasil/ Daianny de Paula Santos. — Recife: [s. n.], 2018.

152 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Ana Maria de Brito.

1. Cocaína Crack. 2. Gênero e Saúde. 3. Violência e Saúde. 4. Delitos Sexuais. I. Brito, Ana Maria de. II. Título.

CDU 343.541

DAIANNY DE PAULA SANTOS

**ESTUDO DA VULNERABILIDADE À VIOLÊNCIA SEXUAL, SEGUNDO
IDENTIDADE DE GÊNERO, EM USUÁRIOS DE CRACK NO ESTADO DE
PERNAMBUCO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: 9 de agosto de 2018

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Ana Maria de Brito
Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz – PE

Dr^a Maria Luiza Carvalho de Lima
Instituto Aggeu Magalhães/Fiocruz – PE

Dr^a. Ana Paula Portella Ferreira Gomes
Núcleo de Estudos e Pesquisas em Violência, Criminalidade e Políticas Públicas de
Segurança/UFPE

À Deus, por seu amor e cuidado contínuo.

Aos meus pais Robério e Márcia, irmãs Layane e Rayane, querida família cujo amor, comunhão e valores éticos fortalecem a minha vida.

Com toda a minha fé e amor.

DEDICO-LHES ESSE TRABALHO

AGRADECIMENTOS

A Deus que nos momentos difíceis pude depositar minha fé e seu amor sendo um bálsamo nas inquietudes d'alma.

A Ana Maria de Brito, minha orientadora, pelos preciosos ensinamentos e aprendizados no campo da saúde pública.

A Naíde Teodósio, minha co-orientadora, pela estima orientação, disponibilidade para ensinar, paciência nos últimos quatro anos no Instituto Aggeu Magalhães, convite e acolhimento na pesquisa Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sócio comportamental e prevalência no Estado de Pernambuco.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz, em especial: Idê Gomes Gurgel, Eduarda Ângela Pessoa Cesse, Camila Pimentel e Islândia Carvalho.

Aos professores Ana Paula Portella e Wayner Vieira pelas valiosas contribuições na qualificação do projeto da dissertação.

A Jessyka Barbosa, doutoranda em saúde pública do Instituto Aggeu Magalhães, pela ajuda na preparação do banco e análises estatísticas.

A Natália Nunes, coordenação de vigilância de violências e acidentes (VIVA) da Secretaria Estadual de Saúde (SES- PE), mestra em saúde coletiva pela UFPE, também pelo apoio nas análises estatísticas.

Aos integrantes da equipe da pesquisa, pelo empenho, união e aprendizados do trabalho em campo de pesquisa, em ordem alfabética: Adriana Cysneiros, Adriana Marques Silva, Alessandro Pinheiro de Brito, Anadísia Rodrigues de Oliveira Lima, Anamaria Faria Carneiro, Ana Marta de Carvalho Teodósio, Carla Maria Elias de Souza, Carlos Augusto Elias de Souza, Cláudia Verônica Pinto Soares, Débora Delicato Feijó de Melo, Fabíola Barbosa Ramos, Geraldo Alves de Barros Filho, Grazielle Vasconcelos, Joana Caldas Pinheiro Pessoa, Iracema Jacques, Luigi Deivson dos Santos, Luzicléia Carolina de Moura e Silva, Marcio Roberto Pinto Soares, Renata Almeida, Rayanne Lidia de M. G. Novaes, Suzana Ribeiro Sobral, Thaís Lopes de Oliveira, Vânia Maria de Aguiar.

A meus pais, Robério dos Santos e Márcia de Paula, pelo amor, cuidado e compreensão nos momentos de ausência.

A minhas irmãs, Rayane de Paula e Layane de Paula, pelo companheirismo, amizade e união.

A Matheus Soares pela amizade, incentivo emocional e apoio na revisão das traduções para o inglês.

Aos funcionários do Programa de Pós Graduação Strictu Sensu em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães/ Fiocruz, em especial Adriana Santos de Barros e Glauco Leandro Souza, pela atenção e empenho profissional.

Aos colegas da turma do mestrado acadêmico pelas trocas de aprendizados, angústias e companheirismo ao longo do curso, em especial: Camila Tenório, Kelly Diogo, Mariana Farias, Isabela Sousa, Jânio Carlos e Paulo Vitor.

A todos que direta ou indiretamente, contribuíram e/ou apoiaram a realização desse trabalho.

“Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.
Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida, fodidos e mal pagos:
Que não são, embora sejam.
Que não falam idiomas, falam dialetos.
Que não praticam religiões, praticam superstições.
Que não fazem arte, fazem artesanato.
Que não são seres humanos, são recursos humanos.
Que não tem cultura, têm folclore.
Que não têm cara, têm braços.
Que não têm nome, têm número.
Que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local.
Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata”.

(Eduardo Galeano in O Livro dos Abraços)

SANTOS, Daianny de Paula. **Estudo da vulnerabilidade à violência sexual, segundo identidade de gênero, em usuários de crack no Estado de Pernambuco, Brasil.** 2018. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) –Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife,2018.

RESUMO

No contexto do uso abusivo de crack, pesquisas recentes vêm apontando diferenças de gênero nas situações de violência sexual envolvendo homens e mulheres, destacando uma maior exposição feminina quando comparada a masculina. Este estudo teve por objetivo analisar o perfil epidemiológico e aspectos relacionados à violência sexual, em pessoas que fazem uso de crack. Estudo de corte transversal que utilizou uma amostra de usuários de crack, estratificada por gênero, atendidos pelo Programa ATITUDE em Pernambuco, entre agosto de 2014 e agosto de 2016. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para verificar a diferença dos percentuais estimados para os gêneros masculino e feminino, sendo consideradas significativas as variáveis cujo valor de p foi <5%. Foram incluídos 1.052 indivíduos, sendo 793 homens (75,4%) e 259 mulheres (25,6%). A maioria dos participantes é jovem, com idade entre 18 a 24 anos (32,2%), pardos (65,1%), baixa escolaridade (80,3%) e renda (50,8%), solteiros (65,5%), sem religião (47,8%), em situação de rua (55,2%), desempregados (44,4%), pouco acesso a serviços de saúde (40,7%) e da assistência social (60,6%), com precocidade no início da vida sexual (67,2%) e múltiplos parceiros íntimos (41,7%). Sobre o histórico de violência sexual, as mulheres apresentaram maior ocorrência (54,8%) quando comparadas aos homens (9,7%), sendo um achado estatisticamente significativo. Aspectos individuais e sociais relacionados a desigualdades de gênero, padrão compulsivo de uso de crack, comercialização de sexo e histórico de vitimização por outros tipos de violência foram questões relevantes observadas no estudo, enfatizando o recorte de gênero. No entanto, a temática precisa ser ampliada, agregando outras metodologias para qualificar o perfil de vitimização dessa população, possibilitando uma maior compreensão de sua dinâmica de vida e as subjetividades diante das vivências de violência sexual.

Palavras-chaves: Cocaína Crack. Gênero e Saúde. Violência e Saúde. Delitos Sexuais. Vulnerabilidade em Saúde.

SANTOS, Daianny de Paula. **Study of the vulnerability to sexual violence, according to gender identity, in crack users in the State of Pernambuco, Brazil.** 2018. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) -Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife. 2018.

ABSTRACT

In the context of abusive use of crack, recent research has pointed out gender differences in situations of sexual violence involving men and women, highlighting a greater female exposure when compared to men. This study aimed to analyze the epidemiological profile and aspects related to sexual violence in people who use crack. A cross-sectional study using a sample of crack users, stratified by gender, attended by the ATITUDE Program in Pernambuco, between August 2014 and August 2016. The chi-square test was used to verify the difference of the estimated percentages for male and female genders were considered significant, and the variables whose p-value was <5% were considered significant. There were 1,052 individuals, 793 men (75.4%) and 259 women (25.6%). The majority of the participants were young, aged between 18 and 24 years (32.2%), pardos (65.1%), low schooling (80.3%) and income (50.8%), 5%, without religion (47.8%), street (55.2%), unemployed (44.4%), poor access to health services (40.7%) and social assistance (60%). , 6%), with precocious early sexual life (67.2%) and multiple intimate partners (41.7%). Regarding the history of sexual violence, women had a higher occurrence (54.8%) when compared to men (9.7%), being a statistically significant finding. Individual and social aspects related to gender inequalities, compulsory pattern of crack use, commercialization of sex and history of victimization by other types of violence were relevant issues observed in the study, emphasizing the gender cut. However, the thematic needs to be expanded, adding other methodologies to qualify the victimization profile of this population, allowing a greater understanding of their life dynamics and subjectivities in the face of sexual violence.

Keywords: Cocaine Crack. Gender and Health. Violence and Health. Sexual Assaults. Vulnerability in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| Quadro 1 – Histórico de violência sexual em usuários de crack, segundo dados de estudos transversais. | 35 |
| Figura 1 – Mapa da área de abrangência do estudo. Núcleos do Programa ATITUDE. Pernambuco, 2014/2015. | 40 |
| Quadro 2 –Variáveis do estudo segundo a dimensão analítica individual da vulnerabilidade. | 43 |
| Quadro 3 –Variáveis do estudo segundo a dimensão analítica social da vulnerabilidade. | 44 |
| Quadro 4 – Variáveis do estudo segundo a dimensão analítica programática da vulnerabilidade | 45 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 –Registros de crimes de violência sexual na população brasileira e pernambucana, segundo dados da Segurança Pública.Brasil, 2013 a 2016..... | 30 |
| Tabela 2 –Distribuição de pessoas usuárias de crack segundo gênero e características relacionadas aos aspectos sociodemográficos e à vida sexual. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015..... | 49 |
| Tabela 3 –Distribuição das pessoas usuárias de crack por gênero, segundo acesso a serviços de proteção social e de saúde nos últimos 12 meses. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015 | 51 |
| Tabela 3 –Distribuição das pessoas usuárias de crack por gênero, segundo acesso a serviços de proteção social e de saúde nos últimos 12 meses. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015 | 52 |
| Tabela 4 –Distribuição das pessoas usuárias de crack por gênero, segundo características relacionadas ao consumo de crack. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015..... | 54 |
| Tabela 5 –Distribuição das pessoas usuárias de crack por gênero, segundo histórico de violência e de encarceramento. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015. | 55 |
| Tabela 6 –Distribuição das pessoas usuárias de crack por gênero, segundo características relacionadas à ocorrência de violência sexual. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015. | 56 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------------|---|
| Programa ATITUDE | Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializado de Assistência Social |
| IST | Infecções Sexualmente Transmissíveis |
| Fiocruz | Fundação Oswaldo Cruz |
| IC | Intervalo de Confiança |
| LGBT | Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais |
| SES – PE | Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| VIVA | Vigilância de Violências e Acidentes |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 15 |
| 2 REVISÃO DE LITERATURA..... | 19 |
| 2.1 Violência no contexto da saúde pública..... | 19 |
| 2.2 Violência sexual no Brasil e as relações de gênero | 25 |
| 2.3 Violência sexual e vulnerabilidades em saúde: um olhar sobre populações usuárias de drogas | 32 |
| 3 OBJETIVO GERAL | 38 |
| 3.1 Objetivos Específicos..... | 38 |
| 4 CASUÍSTICA E MÉTODOS | 39 |
| 4.1 Desenho do estudo | 39 |
| 4.2 Local do estudo | 39 |
| 4.3 População do estudo e tamanho da amostra..... | 40 |
| 4.4 Instrumento, técnica de coleta, processamento e armazenamento de dados | 41 |
| 4.5 Variáveis do estudo..... | 42 |
| 4.6 Análise dos dados..... | 45 |
| 4.7 Considerações éticas..... | 45 |
| 5 RESULTADOS..... | 47 |
| 5.1 Perfil epidemiológico de homens e de mulheres que consomem crack..... | 47 |
| 5.2 Análise do histórico de violência e de encarceramento | 54 |
| 6 DISCUSSÃO | 57 |
| 6.1 Perfil sociodemográfico..... | 57 |
| 6.2 Comportamento sexual | 60 |
| 6.3 Acesso a serviços de saúde e da assistência social..... | 64 |
| 6.4 Consumo de Crack | 67 |
| 6.5 Histórico de violências e de encarceramento e caracterização das ocorrências de violência sexual | 72 |

| | |
|--|------------|
| 7 CONCLUSÃO..... | 77 |
| 8 RECOMENDAÇÕES..... | 79 |
| REFERÊNCIAS | 81 |
| APÊNDICE A – ARTIGO PARA SUBMISSÃO À REVISTA..... | 92 |
| ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA..... | 114 |
| ANEXO B – TCLE | 148 |
| ANEXO C – PARECER CEP - FIOCRUZ..... | 150 |

1 INTRODUÇÃO

A violência, sobretudo a sexual, é uma questão complexa, de caráter multidimensional, envolvendo fatores de ordem social, cultural e econômica, historicamente considerada um problema apenas da segurança pública e do judiciário. No entanto, nas últimas décadas, essa temática vem ocupando a agenda da saúde por razão de sua magnitude e transcendência na vida da população, de modo que é reconhecida como um problema de saúde pública (MINAYO, 2007; SCHRAIBER et al., 2009).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (2009) é possível definir violência como o uso intencional de poder ou força física, expressa na forma de ameaça ou de prática, contra si próprio ou entre indivíduos ou grupos sociais, podendo resultar em danos físicos ou psicológicos, bem como a morte. No que se refere à tipologia, a violência pode ser classificada segundo a natureza da agressão –psicológica, física ou sexual, como também de acordo com o tipo de agressor, podendo ser autodirigida (como no caso de comportamentos suicidas e de autoabuso), interpessoal (entre indivíduos, inclusive entre familiares) ou coletiva (crimes cometidos por grupos sociais intencionados por fatores econômicos e/ou culturais, como, por exemplo, ações terroristas, grupos neonazistas, nacionalistas de extrema direita como os “*Skinhead*” – movimento cultural de meados dos anos 1960 que adotava ideologias racistas sob influências fascistas e neonazistas) (DAHLBERG; KRUG, 2007; MINAYO, 2006, 2007, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Dentre os possíveis aspectos psicossociais que determinam e influenciam situações de violência, alguns estudos têm sugerido que o uso de drogas desempenha um importante papel nesses cenários. Tal afirmação considera que a relação entre violência e consumo de substâncias psicoativas é em grande medida “condicionada a questões de âmbito coletivo, além das individuais, por se tratar de uma problemática da ordem social” (BOKANY, 2015; CARNEIRO, 2017; FIORI; TÓFOLI, 2015).

É necessário compreender a associação entre violência e drogas, considerando a complexidade que recai sobre essa questão. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002), é possível entender as causas e relações sociais da violência a partir de um modelo ecológico que se estrutura em quatro níveis relacionais. No individual são identificados fatores biológicos e pessoais que influenciam o comportamento dos sujeitos; modelando a sua vulnerabilidade para serem vítimas ou autores de atos violentos; no segundo nível, observam-se as relações entre familiares e amigos que podem ser fatores elucidativos de alguns aspectos sociais nos comportamentos violentos; o terceiro nível aborda o contexto comunitário e; o

quarto revisa e amplia, por meio dos macros determinantes sociais da saúde, os aspectos que podem propiciar ou inibir atitudes e contextos violentos (MINAYO, 2007).

Os episódios de violência envolvendo o uso de drogas podem ter diversas expressões, apresentando nuances para cada território a qual está vinculado. Por exemplo, as agressões podem ser observadas nos ambientes do comércio de drogas ilícitas, assim como a violência urbana cotidiana, caracterizada por indivíduos que sofram alguma agressão por perpetradores que estejam sob o efeito de alguma droga (ex. homicídios, latrocínio etc).

No âmbito do narcotráfico, as situações de violência tornam-se mais complexas no sentido da multicausalidade e da proposição das medidas de prevenção e cuidado. Uma tradicional relação entre violência e uso de drogas no contexto do tráfico é a chamada “motivação econômica”, ou seja, quando o crime é percebido como fonte de recursos para obtenção da droga ou meio de sobrevivência (FIGUEIREDO et al., 2017). Entretanto, é válido destacar que na dinâmica social do tráfico de drogas, a motivação econômica é apenas um dos fatores do complexo universo do comércio de drogas ilícitas.

A questão da violência atrelada ao uso de drogas ilícitas tem marcado a sociedade contemporânea, repercutindo na dinâmica de vida dos usuários, bem como trazendo repercussões para o convívio social (BOKANY, 2015; FIORI; TÓFOLI, 2015). Entre as diversas substâncias psicoativas com alto potencial de dependência, o crack, produto derivado da cocaína, destaca-se como um grave problema social e de saúde pública por apresentar impactos de âmbito individual, familiar e social, entre eles a violência (OLIVEIRA, 2015). Para o campo da saúde, a questão tem demandado ao setor o desenvolvimento de ações de promoção da saúde e de prevenção e tratamento de doenças e de outros agravos, com o desafio de articular-se de forma intersetorial, estabelecidas a partir de uma linha de cuidado de atenção integral à saúde, considerando as necessidades dessa população.

O debate sobre drogas envolve importantes aspectos culturais e interesses econômicos, vale lembrar a aceitação moral da sociedade para o uso de álcool e a reprovação em relação ao uso de outras substâncias psicoativas, como a maconha, por exemplo. Segundo Bokany (2015), é preciso inverter a lógica para melhor compreender o uso de drogas, da perspectiva do sujeito para a reflexão sobre os motivos pelos quais a sociedade cria necessidades e condições para o uso problemático de drogas.

Ao contrário dos discursos proibicionistas, que legitimam e naturalizam os cenários de repressão e violência a partir da perspectiva individual do uso de crack, inclusive personificando as drogas na estratégia bélica de “guerra às drogas”, defende-se que a exposição desses indivíduos aos cenários de violência está diretamente relacionada a aspectos

sociais e culturais (FIORI; TÓFOLI, 2015; LIMA, 2014). Nessa perspectiva, trajetórias de vida marcadas por iniquidades sociais, racismo, disparidades de gênero e, assim, marginalização social, somadas a um contexto de uso e abuso de drogas consideradas ilícitas e não aceitáveis moralmente, condiciona, de forma mais acentuada, estes indivíduos a uma situação de maior vulnerabilidade, principalmente para a violência, em detrimento aos usuários oriundos da classe social média alta cujos problemas possuem outra esfera de análise (BASTOS; BERTONI, 2014; CARNEIRO, 2017).

Quanto a questões de gênero no contexto de uso abusivo de crack, alguns estudos têm destacado diferenças significativas entre homens e mulheres, chamando a atenção para os distintos padrões de uso de crack e a conseqüente vulnerabilidade à violência (NAPPO, 2004). De acordo com a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack no Brasil, realizada em 2012, apesar da maioria dos usuários serem do sexo masculino, são as mulheres que consomem crack de forma mais intensa e descontrolada¹ (usa enquanto tem ou consegue a droga), bem como apresentam uma proporção significativa com histórico de violência sexual (46,6%), seis vezes maior do que a proporção observada entre os homens (7,5%) (BASTOS; BERTONI, 2014).

Em um inquérito de base populacional que investigou a relação entre consumo de álcool e outras drogas e a saúde reprodutiva e sexual (BASTOS et al., 2008), observou-se que o histórico de violência sexual foi um fator de risco importante entre os indivíduos entrevistados, apontando que abusos sexuais sofridos durante a infância e adolescência consistiram em um aspecto importante e precursor para o início do uso de droga, principalmente as ilícitas.

Assim, para contribuir com a compreensão da relação da violência sexual na população que faz uso de crack, neste estudo serão utilizados os conceitos de vulnerabilidade, vulneração e gênero. Segundo Ayres et al. (2003), a utilização do conceito de vulnerabilidade possibilita ampliar o conhecimento das associações que a epidemiologia estabelece nos estudos de risco, ao analisar como os indivíduos e grupos sociais se expõem a determinadas doenças e agravos à saúde por meio de três dimensões analíticas da realidade –individual, social e programática. A vulneração diz respeito ao dano concreto, ou seja, uma situação prejudicial instalada (SOTERO, 2011). A concepção de gênero relaciona-se com a construção psicossocial do masculino e do feminino, e envolve o entendimento das relações e processos

¹ Na pesquisa nacional desenvolvida “[...] o conceito de “uso controlado” é atinente aos pontos de vista dos próprios usuários, e não tem uma tradução clínica, uma vez que não foram aplicadas escalas que poderiam mensurar gravidade de consumo” [...] (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 61).

socioculturais envolvendo homens e mulheres (SAFFIOTI, 2004). Além disso, o conceito sobre gênero é utilizado enquanto categoria de análise da vulnerabilidade dessa população a situações de violência sexual.

Dessa forma, partindo das categorias analíticas gênero e vulnerabilidade, bem como a urgente necessidade de ampliar o olhar sobre as situações de violência sexual em contextos de uso abusivo de crack, este estudo tem por objetivo analisar os fatores associados ao histórico de violência sexual, entre homens e mulheres usuários de crack atendidos pelo Programa ATITUDE de Pernambuco (Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares), segundo as dimensões da vulnerabilidade em saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O uso de substâncias psicoativas é parte integrante da história da humanidade, variando em riscos e vulnerabilidades de acordo com o contexto social e padrão de consumo dos usuários. Dentre os diversos aspectos psicossociais vinculados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, os desdobramentos relacionados a crimes e violências tem sido discutido com maior intensidade nos últimos anos, principalmente no que tange a questão das diferenças de gênero observadas na respectiva população.

De maneira geral, o presente capítulo tem por objetivo discutir elementos estruturantes da problemática da violência sexual em contextos de vulnerabilidades diante do uso abusivo de drogas, abordando de maneira sistemática os seguintes tópicos: (1) violência no contexto da saúde pública; (2) violência sexual no Brasil e relações de gênero; (3) violência e vulnerabilidades em saúde: um olhar sobre populações usuárias de drogas.

2.1 Violência no contexto da saúde pública

No âmbito etimológico, a palavra violência deriva do latim *violentia*, que ligado ao prefixo “vis” refere-se ao significado de força, poder e domínio sobre o outro. Em linhas gerais, o termo pode ser caracterizado como qualquer ato de violação dos direitos humanos, podendo ser uma ação concreta ou intencional de constrangimento, uso da superioridade física ou de poder de um indivíduo sobre outro, ou entre grupos sociais. Entretanto, compreender a violência e suas interfaces não é algo simples, sendo um desafio histórico para as ciências humanas, assim como para o campo da saúde pública, por razão da complexidade do assunto que reflete o entrelaçamento de aspectos socioculturais e econômicos contidos no processo de sua determinação (ARENDDT, 2000; MINAYO, 2006; SCHRAIBER et al., 2009).

A temática vai além de seus acontecimentos concretos, de sua visibilidade por fatos violentos explícitos, como, por exemplo, as ações terroristas, os espancamentos, os estupros, entre outros. Nessa perspectiva, Drawin afirma que:

A violência transforma-se historicamente não só como fenômeno concreto, mas também em seu significado sociopolítico e nas representações que dela construímos, pois uma ação que poderia nos parecer atualmente como intoleravelmente violenta não seria vista do mesmo modo em outra época (DRAWIN, 2011, p.12).

É nesse sentido que a violência agrega outras dimensões epistemológicas como a violência simbólica, que apesar de se expressar de forma menos visível e com manifestações silenciosas, pode ser tão cruel e letal quanto qualquer ato violento. Desta forma, não há como

teorizar sobre a violência minimizando-a ou tentando compreendê-la de modo único, reduzindo os seus aspectos que são múltiplos e complexos (MINAYO, 2007; ROSARIO et al., 2011).

Como uma tentativa de aproximação sobre o assunto, a reflexão acerca dos processos sociais pode ser um caminho para explanar alguns conceitos primitivos sobre a violência em comunidades humanas. Nas primeiras sociedades, a violência era compreendida como um mecanismo solucionador dos problemas da “ordem social”, sendo utilizada enquanto ferramenta para o controle coercitivo dos governos sobre a população nos processos históricos de conquistas territoriais, fundação dos Estados e crescimento econômico (ARENDRT, 1975; DAHLBERG; KRUG, 2007; GOMES, 2008; MINAYO, 2006; SCHRAIBER et al., 2009).

Ainda hoje, tal lógica utilitária da violência no meio social ainda é observada nos espaços institucionais e comunitários, como pode ser visto em situações de violência policial, conflitos em situações de reintegração de posse, guerras civis, sem contar com a violência simbólica visualizada na negação de direitos, principalmente para as populações mais vulneradas.

De forma geral, a essência da violência difere entre alguns estudiosos da temática como Fanon (1959), Marx e Hegel (1848), Pareto (1916) e Sorel (1908), que discutiam relações de poder expressas nos atos violentos, assim como o caráter instrumental da violência nas mudanças das normas vigentes (ARENDRT, 2000; MINAYO, 2007; ROSARIO et al., 2011; WEBER, 1999). Arendt (1969), autora da obra filosófica “*Sobre Violência*”, contrapõem alguns desses teóricos que compreendiam a violência como mecanismo de potencial revolução social diante das críticas a estrutura da sociedade burguesa. Para a autora não há positividade na violência, considerando o perigo da utilização da violência por razão dos meios se sobreporem aos fins e, deste modo, a possível mudança social no mundo será sempre no sentido de torná-lo mais violento. Afirma ainda que a violência é um processo oposto ao poder, sendo uma ferramenta que tem suas raízes na burocratização da vida pública e na vulnerabilidade dos sistemas sociais, ou seja, é a desintegração do poder que enseja a violência.

Mas afinal, de onde provém a violência na sociedade? Para Drawin (2011), tal questão é um paradoxo filosófico e permeia o conceito da natureza humana. De uma perspectiva antropológica, o fenômeno define essencialmente os indivíduos, sendo diferenciado a partir dos aspectos socioculturais e o seu período histórico. Por exemplo, no Brasil as raízes históricas da violência estiveram presentes no processo de colonização e crescimento econômico, sendo observadas nos cenários de exploração da força de trabalho do povo negro,

além da formação da miscigenação da raça que se deu a partir da violência sexual contra mulheres negras e indígenas (GOMES, 2008; MINAYO, 2006b; ROSARIO, 2011).

A concepção moral sobre a violência flutuou bastante nos últimos séculos, contribuindo para a dificuldade de conceituá-la, por razão da própria carga emocional e por ser um fenômeno da ordem do que é vivido, ou seja, parte de pontos de vista distintos de quem a sofre, de quem a comete e de quem a presencia (DRAWIN, 2011; ROSÁRIO, 2011; WEBER, 1999). Para Minayo (2006b), a violência está enraizada nas relações sociais e, fundamentalmente, é construída no interior das consciências e subjetividades.

De uma forma geral, podemos afirmar que a temática é um problema interdisciplinar, apresentando diferentes significados ao longo da história da humanidade. No século XX, com o profundo impacto provocado pelo extermínio de judeus na Alemanha nazista, a questão começa a ser intensamente debatida pela sociedade e pelas ciências sociais, período em que se inicia a discussão e a difusão sobre os direitos humanos, marcado pela promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 (NAÇÕES UNIDAS, 2009).

Na era pós-moderna, a globalização possibilitou novas expressões da violência além daquelas tradicionais e seculares, a exemplo da violência contra a mulher. Mudanças socioeconômicas na sociedade geraram outros desafios como a criminalidade urbana e o tráfico de drogas. A violência torna-se, assim, reconhecida e amplamente debatida como um problema social atinente aos diversos setores da sociedade, inclusive ao campo da saúde (ARENDDT, 1974; GOMES, 2008).

Inicialmente, a inclusão da violência na pauta do setor saúde tinha o intuito de ofertar retaguarda assistencial para as vítimas que recorriam aos serviços de urgência e emergência diante das lesões e traumas ocorridos. Tardamente, no início dos anos 2000, a violência entra na agenda da saúde pública de forma mais contundente e abrangente em relação ao que vinha sido adotado nas últimas décadas, sendo inseridas questões como o acolhimento humanizado às vítimas, o cuidado em rede intersetorial, a promoção da cultura de paz e a vigilância das informações. Internacionalmente esse período foi marcado pelo lançamento do Relatório Mundial sobre Violências e Saúde, divulgado pela Organização Mundial da Saúde (2002), e no contexto brasileiro pela publicação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, por meio da Portaria nº 737/GM/MS de 16 de maio de 2001 (ABATH, 2014; BRASIL, 2001; DAHLBERG; KRUG, 2007).

A partir do Relatório Mundial sobre Violências e Saúde de 2002, a violência é definida de forma mais compreensiva em relação aos avanços oriundos do debate sobre o tema, observando-se a seguinte conceituação:

Uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (DAHLBERG; KRUG, 2007, p. 5).

Ainda na perspectiva do entendimento sobre a violência, o Relatório marca a ampliação do espectro da caracterização das situações de violência ao considerar a violência psicológica, além das agressões físicas e sexuais, assim como incluiu a intencionalidade do agressor como critério de ocorrência da violência, independente da concretização do ato. Ademais, o documento orientou os Ministérios da Saúde de cada país sobre a necessidade de reorganização das práticas de cuidados em saúde, bem como assinalou a urgência de formulação de estratégias intersetoriais para a promoção da cultura de paz (DAHLBERG; KRUG, 2007; MINAYO, 2007).

Inicialmente, as intervenções mais ampliadas do setor saúde nas situações de violência voltava-separa a atenção a crianças e adolescentes vítimas de agressões sexuais e, posteriormente, para a violência contra a mulher, fruto, principalmente, das lutas do movimento feminista internacional. Hoje, a temática vem sendo abordada de forma mais diversificada, envolvendo outros grupos vulneráveis, abrangendo também os maus-tratos contra os idosos, violência contra pessoas com deficiências, racismo e a intolerância a população de Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transexuais (LGBT) (MINAYO, 2006b; NAJAINÉ, 2009).

Assim, a partir da recomendação do Relatório Mundial sobre Violências e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002), a violência pode ser categorizada como interpessoal, autoprovocada ou coletiva. A violência interpessoal é quando o ato ocorre entre vítima e agressor inseridos em ambientes próximos como domicílio, comunidade, trabalho, entre outros. As agressões autoprovocadas são aquelas cometidas pela vítima contra si mesma, como nos casos de suicídios, mutilações e outras formas de autoabuso. Por fim, a violência coletiva é qualquer ato violento ocorrido entre grupos sociais com ideais socioculturais e econômicos divergentes, no qual a violência é o instrumento utilizado por esses coletivos para obter vantagem ou domínio sobre o outro (MINAYO, 2006a; SCHRAIBER et al., 2009).

No Brasil, desde 1990, a violência tem assumido elevada magnitude e transcendência social, sendo uma das questões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS). Com a publicação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde em 2002, o SUS adota a temática como demanda do setor, incorporando novas rotinas aos serviços de saúde, destacando a

proposta de integração de cuidado em rede nos diversos níveis de atenção e o monitoramento do agravo mediante a vigilância em saúde, bem como a proposta de práticas de promoção da cultura de paz nos territórios de abrangência da atenção básica (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013; DAHLBERG; KRUG, 2007; MINAYO, 2007; NAJAJINE, 2009).

Na última década houve algumas experiências exitosas brasileiras, tais como a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM nº 1.356 de 23 de junho de 2006 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2006), o qual tem por objetivo monitorar os casos de violência interpessoal ou autoprovocada, ofertando aos gestores informações epidemiológicas para subsidiar as ações de enfrentamento e de cuidado em saúde.

A VIVA é constituída por dois componentes: (a) vigilância de violências interpessoal e autoprovocada, registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (VIVA/SINAN Contínuo) e (b) vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito). No período de 2006 a 2008, a VIVA foi implantada em serviços de referência para violência no Brasil (maternidades, centros de apoio à mulher, policlínicas, hospitais etc.). Em 2011, outro passo importante no fortalecimento da vigilância das violências foi alcançado a partir da publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a), que universalizou a notificação de violência doméstica e outras violências para todos os serviços de saúde, incluindo-as na Lista Nacional de Doenças e Agravos de Notificação Compulsória (ABATH, 2014; BRASIL. Ministério da Saúde, 2011a, 2013a).

A Portaria nº 1.271 (BRASIL. Ministério da Saúde, 2014) ampliou com a publicação nova lista de doenças e agravos de notificação compulsória. Nessa Portaria, os casos de violência sexual e tentativa de suicídio passam a ser agravos de notificação imediata (até 24 horas) para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, partindo da lógica que pessoas vítimas desses tipos de violência necessitam de cuidados urgentes em saúde, tais como a profilaxia para doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV, contracepção de emergência e apoio psicológico, além do amparo social de forma imediata (ABATH, 2014; BRASIL. Ministério da Saúde, 2013a).

Ao considerar o conceito ampliado da saúde e sua determinação social, o SUS tem o papel de ofertar cuidado integral em saúde por meio de uma rede de atenção articulada de forma intersetorial e com saberes multidisciplinares, sendo capaz de intervir sobre a violência e seus desdobramentos sociais. Para tanto, o setor deve atuar por meio de práticas e saberes definidos em uma rede de cuidados (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001; MINAYO, 2007).

Em linhas gerais, entende-se por rede de atenção à saúde todo arranjo organizativo para a atuação em conjunto de um grupo de serviços e/ou pessoas com o objetivo de garantir a integralidade e continuidade do cuidado. Assim, a rede de atenção a pessoas vítimas de violência deverá considerar as especificidades de cada agressão (psicológica, física e sexual), bem como as necessidades biopsicossociais da população vulnerada. São componentes dessa rede os serviços de atenção à saúde (unidades básicas de saúde, policlínicas e hospitais), de assistência social (Centro de Referência de Assistência Social–CRAS, Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS) e de educação (creches e escolas), assim como o conselho tutelar, as delegacias especializadas, a Vara da Infância e Juventude, o Ministério Público, a Justiça da Infância e Juventude, entre outros. Cada dispositivo deverá atuar de forma integrada, com a lógica da referência e contra-referência dos casos, desempenhando acolhimento e escuta qualificada, notificação do caso, oferta de cuidados de acordo com a sua atribuição técnica e seguimento para os demais serviços que compõem a rede. Vale destacar que a implantação de uma rede de atenção à saúde ocorre de forma processual e requer dos setores e dos sujeitos envolvidos comprometimento, integração e continuidade do cuidado (MINAYO, 2006; OLIVEIRA et al., 2014; SCHRAIBER, 2009).

Assim, entre os desafios de lidar com a questão da violência no contexto da saúde pública, destaca-se a necessidade de ultrapassar a lógica organizativa dos serviços que se baseiam nos ciclos de vida (apesar das especificidades para cada tipo de violência), para um enfrentamento articulado às dinâmicas sociais que causam as violências. Além disso, é preciso assumir novas práticas fundamentadas na ecologia dos saberes para lidar com as complexidades inerentes à questão, utilizando um leque de estratégias desde a formação de profissionais, organização de serviços, notificação dos casos, prevenção, mobilização social e restauração de direitos (DAHLBERG; KRUG, 2007; MINAYO, 2006; SCHRAIBER et al., 2009).

2.2 Violência sexual no Brasil e as relações de gênero

De todos os tipos de violência, a sexual caracteriza-se com uma das agressões que mais repercute de forma traumática tanto para as vítimas quanto para seus familiares, devido às características intrínsecas de crueldade do crime, bem como as representações simbólicas e concretas de invasão do corpo e desrespeito à dignidade humana. Historicamente, são as mulheres que ocupam a posição de serem as principais vítimas de violência sexual, sendo tal questão fundamentada nos marcadores sociais de gênero, raça e classe que operam nas trajetórias de vida das mulheres (SAFFIOTI, 2004; VIEIRA, 2007). Ao refletirem na estrutura da sociedade, tais aspectos demarcam hierarquias raciais e de gênero, as quais determinam os espaços pertencentes aos grupos sociais, bem como as representações simbólicas inferidas a cada categoria (CONNEL; PEARSEN, 2015; DAVIS; 2016; SAFFIOTI, 2004; VIEIRA, 2007).

Segundo Cisne (2015), gênero consiste na construção psicossocial do masculino e feminino, na qual aponta uma pressuposta primazia masculina ao longo da história. A compreensão sobre gênero parte da ideia geral que ser um homem ou uma mulher não é um estado pré-determinado essencialmente por critérios biológicos, mas de um tornar-se, ou seja, é uma condição ativamente em formação (CONNELL; PEARSE, 2015; DAVIS, 2016; ZANELLO, 2014).

A identificação da ordem de gênero, ou seja, os padrões socialmente construídos para diferenciar homens e mulheres, são fáceis de localizar, seja por cores (como o rosa para as mulheres e o azul para os homens), atributos de comportamentos ligados a feminilidade ou masculinidade (gentileza e benevolência relacionados às mulheres e o não expressar de emoções relacionado aos homens), divisões sexuais do trabalho e das categorias profissionais, entre outros perfis que são ideologicamente inseridos na formação do sujeito desde a infância. No entanto, entender os mecanismos de constituição do gênero e suas diferenças sociais é algo complexo, que apresenta nas ciências sociais diversas teorias formuladas sob vários pontos de vistas (OLIVEIRA et al., 2014).

Para este estudo, tomaremos por base o conceito de gênero apresentado por Connell e Pearse (2015) que o compreendem como a estrutura de relações sociais em uma arena reprodutiva, ou seja, a forma como os corpos e suas diferenças biológicas são representados e modelados diante das condutas individuais e dos aspectos socioculturais que modificam as práticas humanas no ser homem e no ser mulher. As autoras ainda afirmam que gênero é a

forma que as sociedades humanas lidam com os corpos humanos, envolvendo a esfera da vida pessoal (espaço privado) e a convivência coletiva.

Para Zanello et al. (2014), gênero acontece por meio da atribuição cultural feita a um e ao outro sexo, estabelecendo padrões e expectativas de exercício de papéis sociais para cada um, conseqüentemente conferindo inteligibilidade às identidades. Apontam que as desigualdades de gênero vêm repercutindo sobre as condições de vida da população e que, ao longo dos séculos, as mulheres têm sido alvo desse processo que contribui para situações de exploração e violência. A divisão sexual do trabalho e os papéis de gênero sempre foram objetos de forte denúncia do movimento feminista mundial, que tiveram grande repercussão a partir da luta sufragista, movimento feminista ocorrido entre os séculos XIX e XX na Inglaterra e nos Estados Unidos que reivindicava a igualdade do direito ao voto em eleições políticas.

O feminismo possui várias correntes teóricas e, em sendo assim, deve ser visto no plural, pois os olhares e as percepções sobre gênero são diferenciados a partir dos sujeitos e seus contextos históricos (ZANELLO et al., 2014). Em termos gerais, o feminismo caracteriza-se como um movimento internacional político de auto-organização feminina, heterogêneo em teorias e multidisciplinar, fundamentado no reconhecimento de que as mulheres são violentadas sistematicamente e que essa opressão não é natural, mas construída e reproduzida historicamente pelo patriarcado, sendo passível de transformação (GONÇALVES, 2011).

Sobre as contribuições da concepção de gênero no entendimento da estruturação da violência sexual, Gonçalves e Pinto (2011, p.32) discorrem sobre o tema e a sua aplicabilidade nas lutas feministas:

O conceito de gênero e sua problematização são frutos do feminismo contemporâneo e sua importante contribuição como ferramenta analítica e política é questionar a forma como as características sexuais são representadas e valorizadas, estabelecendo relações desiguais entre os sexos.

Alinhado às concepções aqui expostas, gênero pode ser adotado como uma categoria de análise que permite entender como os processos sociais envolvendo homens e mulheres acontecem e são estruturados, e em qual ponto as diferenças ou singularidades do ser masculino ou ser feminino tornam-se justificativas para discriminação e opressão do outro.

Nessa perspectiva, no que se refere ao componente gênero na determinação das situações de abusos sexuais, agravo à saúde mais prevalente nas mulheres quando comparado aos homens, tem suas raízes históricas relacionadas à ideologia patriarcal vigente desde as

primeiras civilizações. O patriarcado delimita os papéis sociais entre homens e mulheres, no qual coloca a mulher como um objeto de desejo e de propriedade do homem e, assim, possibilita a legitimação da ideia de posse, como abre caminhos para cenários de exploração sexual (CERQUEIRA et al., 2014; SAFFIOTI, 2004). Segundo Gomes (2008), Saffioti, (1987) e Cisne (2015), a exploração sexual pode ser compreendida como um dos pilares da subjugação feminina, e no ponto de vista da teoria feminista, é uma das expressões da desigualdade entre homens e mulheres, sendo um cenário que vem persistindo ao longo da história.

No Brasil, as primeiras manifestações da luta feminista foram observadas no século XX, com o surgimento de algumas organizações de mulheres que se mobilizavam e reivindicavam melhorias nas condições de trabalho e renda. Apesar desses esforços, o país é recente na formulação de políticas públicas de proteção às mulheres, cujos dispositivos legais até pouco tempo atrás possuíam componentes atrelados às ideias discriminatórias de gênero. Tal questão pode ser exemplificada a partir da análise de pressupostos presentes em artigos do Código Civil Brasileiro de 1916, no qual descreve o homem como o chefe da família e a mulher enquanto pessoa “relativamente incapaz”, assim como na tese de “legítima defesa da honra” nos casos envolvendo assassinato de mulheres por seus companheiros (BRASIL. Presidência da República, 1916). Só a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL. Presidência da República, 1988), a mulher passou a ser compreendida como sujeito de direitos, fruto do período da redemocratização política brasileira e da inserção do princípio da dignidade humana (CERQUEIRA et al., 2014; GONÇALVES, 2011).

Ainda sobre marcos legais, destaca-se a definição de estupro no Artigo nº 218 do Código Penal Brasileiro de 1940, como sendo o ato de violação corporal (BRASIL. Presidência da República, 1940). A legislação dessa época apenas reconhecia o crime com a constatação de conjunção carnal, ou seja, a ocorrência de penetração entre os órgãos genitais. Tal concepção não considerava a violência sexual como a violação dos direitos sobre o corpo e a liberdade sexual. Esse quadro apenas modificou-se recentemente a partir da Lei nº 12.015, de 7 de agosto de 2009 (BRASIL. Presidência da República, 2009), no qual o estupro foi redefinido como o ato de: “Constranger alguém, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso”. Assim, além da conjunção carnal, o ato libidinoso que é qualquer manipulação erótica com o uso de violência por mãos ou dedos, podendo ocasionar contato e/ou penetração entre os órgãos genital (pênis e vagina) é passível de penalização por meio da tipificação de atentado violento ao pudor. De forma geral, o ato libidinoso também oferta critérios para o

reconhecimento de situações de violência sexual, incorporando na sua definição a perspectiva de direito à autonomia de cada indivíduo sobre seu próprio corpo e sua sexualidade. Nesse documento (BRASIL. Presidência da República, 2009), o legislador reconhece a sexualidade e a dignidade humana como bens jurídicos protegidos, ou seja, toda pessoa, independente do sexo, têm o direito a exigir respeito ao seu corpo e as suas vivências sexuais. Além disso, a legislação ao configurar como violência sexual os "atos libidinosos" e os "atentados violentos ao pudor" amplia também o olhar para vítimas do sexo masculino, crianças e adolescentes (BRASIL. Presidência da República, 2009; BRASIL. Ministério da Saúde, 2010; VIEIRA, 2007).

Além das questões de gênero, outros aspectos que pesam na determinação da violência sexual são os relativos à raça/etnia, que podem ser observados no padrão de abusos sexuais sofridos pela população negra ao longo dos séculos. No Brasil, o processo da miscigenação racial esconde uma realidade de violências e racismo. Na era colonial, estupros contra mulheres negras eram naturalizados e encarados como uma rotina do sistema escravista. Essas mulheres não estavam na polarização esposa versus prostitutas, mas eram violentadas pelo senhor de engenho para satisfações sexuais, assim como para o aumento da força de trabalho, visto que muitas delas eram engravidadas à força pelo seu senhor ou por outro homem negro à pedido, tornando-se uma fábrica de bebês que serviriam como novos escravos para o sistema colonial (SAFFIOTI, 2004; VIEIRA, 2007).

De acordo com Davis (2016), a institucionalização da violência sexual contra as mulheres negras foi um processo tão forte e marcante que persiste após a abolição da escravatura. Hoje, esse cenário de exploração sexual é expresso em outros moldes, tão cruel e violento quanto o de outrora. O corpo da mulher negra ainda é hipersexualizado e erotizado socialmente, e ao mesmo tempo considerado pecaminoso e indesejável para convenções sociais como o casamento e nas definições de padrão de beleza. Além disso, são as mulheres negras que têm dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, ocupando postos precarizados. Outra face dessa violência é a de sofrerem com maior intensidade a violência obstétrica, devido aos discursos racistas que o seu corpo suporta mais dor do que o de uma mulher branca. São essas constatações, dentre tantas, que demonstram o quanto o racismo ainda é tão presente na sociedade, a qual viola os direitos humanos e explora de forma mais acentuada a população negra (CRENSHAW, 2012; DAVIS, 2016).

De acordo com a literatura, a violência sexual provoca graves consequências para as vítimas, incluindo traumas físicos, psicológicos e econômicos (CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017; FAÚNDES et al., 2006; GOMES, 2008; MOTTER, 2011; VIEIRA,

2007). No processo de dominação do agressor contra a vítima, no qual, na maioria dos casos, a coação envolve força corporal e espancamento, além das lesões nos órgãos genitais, algumas vítimas podem sofrer danos como fraturas, contusões e, dependendo de sua vulnerabilidade (criança, adolescente, mulher, idoso), ir a óbito. Além disso, o estupro envolve o risco de contrair DST, incluindo a infecção pelo HIV, assim como acarretar para a vítima o desenvolvimento de algum transtorno mental como depressão, ansiedade, fobias, síndrome do pânico, estresse pós-traumático, bem como a iniciação do uso de drogas psicoativas, podendo ainda contribuir para ideação ou prática suicida. Isso pode ser observado em dados apresentados por Cerqueira e Coelho (2014) ao analisar registros do SINAN sobre vítimas de violência sexual, nos quais 23,3% das vítimas afirmaram ter sofrido estresse pós-traumático, 11,4% transtorno de comportamento, 7,1% desenvolveram uma gravidez indesejada e 3,6% adquiriram alguma DST.

Diante dos impactos da violência sexual sobre o estado de saúde dos sujeitos, o SUS preconiza o cuidado às pessoas vítimas de violência sexual por meio de práticas humanizadas e qualificadas, a fim de garantir a equidade da atenção e a integralidade dos sujeitos. Nas diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL. Ministério da Saúde, 2001) e da “Norma Técnica: Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência com Registro de Informações e Coleta de Vestígio” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015a), recomenda-se que pessoas em situação de violência sexual tenham o direito de serem acolhidas, orientadas e encaminhadas, quando necessário, para serviços especializados da rede de saúde e de outras áreas de políticas públicas envolvidas no cuidado. A Norma Técnica orienta que o atendimento à vítima de estupro deverá ser executado a partir do acolhimento, registro da história, exames clínicos e ginecológicos, coleta de vestígios, contracepção de emergência, profilaxias para HIV, DST e Hepatite B, comunicação obrigatória à autoridade de saúde em 24h por meio da ficha de notificação da violência, exames complementares, acompanhamento social e psicológico e o seguimento ambulatorial (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015a).

Embora o Brasil tenha penas consideradas elevadas, com reclusões em torno de seis a 10 anos, chegando até 30 anos, se a conduta do agressor causar morte à vítima ou envolver menor de 14 anos, a violência sexual tem apresentado, em números absolutos e em taxas, tendência de crescimento nos últimos anos, o que pode estar relacionado à melhoria do registro de pessoas vítimas de violência. De acordo com o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, no ano de 2016 foram registrados 49.497 casos de estupro no Brasil, representando uma proporção aproximada de 24 casos por 100.000 habitantes. Entretanto, esse achado pode

ser ainda maior, levando em consideração a subnotificação do agravo, pois se estima que apenas 35% dos crimes sexuais são notificados no país (BRASIL. Ministério da Saúde, 2015b; LIMA; BUENO, 2016).

Conforme observado na série histórica sobre os registros da Segurança Pública referente aos crimes contra a liberdade sexual ocorridos no Brasil (Tabela 1), apesar da importante redução dos números de casos observados entre os anos de 2013 e 2015, as agressões sexuais ainda são alarmantes no país e demonstram sinais de recuperação do crescimento em 2016. Além disso, essas informações trazem a tona o debate sobre os limites dos registros criminais de abusos sexuais e o imenso desafio para a prevenção e o combate a crimes contra a liberdade sexual. Em relação à Pernambuco, observam-se taxas de violência sexual superiores às nacionais para os anos de 2013 e 2014, bem como estimativas próximas à taxa brasileira nos demais anos observados.

Tabela 1–Registros de crimes¹ de violência sexual na população brasileira e pernambucana, segundo dados da Segurança Pública. Brasil, 2013 a 2016.

| Local/Ano | 2013 | | 2014 | | 2015 | | 2016 | | Média 2013 a 2016 | |
|-----------|--------|-------------------|--------|-------------------|--------|-------------------|--------|-------------------|----------------------|-------------------|
| | N | Taxa ² | N | Taxa ² | N | Taxa ² | N | Taxa ² | N | Taxa ² |
| Brasil | 50.320 | 25,0 | 47.646 | 23,3 | 45.460 | 22,2 | 49.497 | 24,0 | 48.231 | 23,6 |
| PE | 2.424 | 26,3 | 2.239 | 24,1 | 1.892 | 20,2 | 1.976 | 21,0 | 2.133 | 22,9 |

Fonte: A autora, baseado em Lima e Bueno (2014, 2015, 2016, 2017) e Brasil (2010).

Nota: ¹Os dados informados correspondem ao volume de ocorrências policiais registradas no Sistema Nacional de Informação da Segurança Pública (SINESP) e não indicam o número de vítimas;²número de casos a cada 100 mil habitantes.

No âmbito dos dados sobre violência sexual advindos da saúde, as informações ainda são limitadas, por razão da dificuldade de obtenção de dados consistentes e qualificados sobre a questão. Vale destacar que no SINAN, os registros de violência sexual passaram a ser inseridos no sistema apenas em 2011, a partir da Portaria MS/GM nº 104. Entretanto, alguns estudos interessantes que pautam a temática podem ser observados em Cavalcanti et al. (2014), Drezzett et al. (2001), Delziovo et al. (2018), Diniz et al. (2014) e Nunes et al. (2017). Esses autores contribuem na discussão sobre os desafios para a notificação dos casos e a importância do SINAN como fonte de informação, e sobre a necessidade da reorganização dos serviços na oferta de cuidados em saúde e de assistência social.

Ao longo dos últimos anos, houve um aumento substancial das notificações de violência sexual no SINAN, partindo de 12.087 casos registrados em 2011 para 20.085 em 2014. Entretanto, fica aberta a questão se o aumento no registro de estupro no país reflete um crescimento nos casos ou deve-se à maior difusão entre a população e os órgãos de saúde

sobre a definição de violência sexual, cuja tipificação penal modificou a partir da Lei nº 12.015 de 2009 (BRASIL. Presidência da República, 2009; CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017).

No estado de Pernambuco, do total de 8.177 casos notificados no SINAN em 2015 referentes à violência contra a mulher, 1.406 (17,2%) foram agressões sexuais. Ao analisar essas ocorrências, observa-se que foram mais frequentes em crianças e adolescentes, entre 10 e 19 anos (45,6%); ocorridos em residências em quase metade dos casos (49,1%), aparecendo as vias públicas em 19,2%; cerca de um quarto cometido por agressores conhecidos, como cônjuge ou ex-cônjuge (24,7%), sendo praticado por desconhecidos em 24,1% dos casos (PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde, 2017).

Pesquisa que aborda de forma inédita e empírica o cenário da violência sexual no Brasil, a partir das informações contidas no SINAN de 2011 a 2014, estima que, no mínimo, 527 mil pessoas sejam estupradas por ano no país, sendo que mais de 70% dos estupros vitimizou crianças e adolescentes. Do total das notificações ocorridas em 2011, aponta que 88,5% das vítimas eram do sexo feminino, entre as quais mais da metade tinham menos de 13 anos de idade, 41,8% eram pardas e 51,0% pretas; e uma maior proporção de agressores era do sexo masculino (96,0%). A pesquisa ainda afirma que o processo de coação envolve, na maioria dos casos, outros tipos de violência, principalmente a física, com o uso da força corporal. Outro achado relevante é o local da ocorrência do estupro quando o agressor é conhecido, sendo a residência da vítima na maioria dos casos registrados. Tal dado reforça a vulnerabilidade das vítimas a recorrência dessa agressão ao conviverem diariamente com os seus agressores, podendo ser pessoas próximas como parentes e cônjuges, na residência ou no trabalho (CERQUEIRA; COELHO, 2014; CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA, 2017).

Dentre os dados apresentados e discutidos, constata-se uma discrepância entre as bases da saúde e da segurança pública, como, por exemplo, para o ano de 2014, que o SINAN registrou 20.085 casos de estupro e os órgãos de segurança pública registraram 47.646 ocorrências de casos de violência sexual. É preciso integrar as bases de dados por meio da interoperabilidade dos sistemas de informação, tanto para a saúde quanto para a defesa social, assim como realizar o enfrentamento do agravo numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial, ao considerar a importância da diversidade dos saberes e a participação dos distintos setores da sociedade (CERQUEIRA; COELHO, 2014; LIMA; BUENO, 2013).

No tocante a situação apresentada, surge neste debate questões relacionadas às situações envolvendo estupro de vulnerável (crimes cometidos contra menores de 14 anos), as desigualdades de gênero e o recorte racial, assim como cenários de exclusão social (DAVIS,

2016; NUNES, 2006). De acordo com estudo realizado por Cerqueira e Coelho (2011) sobre o perfil da população brasileira vítima de estupro, as agressões sexuais são mais presentes no cotidiano de mulheres periféricas e negras. Dos crimes ocorridos em 2011, as vítimas pretas ou pardas tiveram 37% a mais de chance de sofrer violência sexual em relação às brancas.

Mesmo com os avanços legais e estruturação de alguma rede de atendimento, conforme exposto anteriormente, questões como o constrangimento da vítima na procura por serviços especializados e delegacias, a falta da sensibilidade e preparo dos profissionais para lidar com tais situações e as falhas na rede de atenção psicossocial e da saúde, tanto na atenção básica quanto na especializada, desde o acolhimento até o seguimento dos casos, fazem com que esta agressão seja um crime velado na sociedade brasileira, acarretando também na sua subnotificação, bem como dificulta o acesso da vítima para o atendimento de saúde qualificado (BRASIL. Ministério da Saúde, 2013; CERQUEIRA; COELHO, 2014).

Em suma, é preciso avançar nas discussões e lutas sociais para a superação do modelo patriarcal e da cultura do machismo, bem como a reestruturação do aparato legal e da rede de cuidados voltadas para o apoio às vítimas de violência sexual, principalmente no âmbito do SUS, de maneira que envolva ações intersetoriais na garantia dos direitos essenciais a dignidade humana e a liberdade sexual.

2.3 Violência sexual e vulnerabilidades em saúde: um olhar sobre populações usuárias de drogas

O consumo de drogas é uma prática humana milenar e universal. Ao longo da formação das sociedades, o uso de substâncias psicoativas desempenhava um importante papel nas comunidades primitivas, sendo utilizado para diversas finalidades, como rituais religiosos, uso medicinal, contexto esportivo, celebrações e demais manifestações culturais (LINS, 2011; MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

De uma forma geral, o uso de drogas envolve questões culturais, religiosas, políticas e sociais, o qual em diversas sociedades e períodos históricos não se caracterizava como algo errado ou repellido socialmente, e sim como uma manifestação cultural e humana. Entretanto, nas últimas décadas, o uso abusivo de drogas tem tomado dimensões preocupantes, trazendo consequências para a vida cotidiana como os acidentes de trânsito, violências, comprometimento dos vínculos afetivos, familiares e de trabalho, bem como para o estado de saúde, acometendo principalmente adolescentes, jovens e adultos jovens (FIORI; TÓFOLI, 2015; LARAIA, 2006).

Em âmbito geral, as drogas podem ser classificadas por diversos aspectos, dentre os quais o status legal, podendo ser consideradas lícitas ou ilícitas. No Brasil, as lícitas possuem permissão do Estado para a produção e comercialização para o consumo, estando entre as mais conhecidas e utilizadas o álcool e o tabaco. Entre as ilícitas, ou seja, as substâncias criminalizadas pelo mesmo Estado para produção, venda e consumo, sendo passíveis de penalidade e repressão, encontra-se a maconha, cocaína, crack, entre outras (CARLINI et al., 2011).

Entre as drogas ilícitas com alto potencial de causar dependência no usuário, o crack, subproduto da cocaína, destaca-se como uma problemática social que estigmatiza as pessoas que fazem uso e seus familiares, pois as práticas de consumo de crack, abusivas ou não, são fortemente associadas à repressão ao tráfico e ao consumo de drogas. Entretanto, é necessário estender a questão do consumo de crack na sociedade para além dos fatos policiais, enfatizando-a como um problema atinente à saúde pública, assistência social, educação, direitos humanos e desenvolvimento econômico e social (CARLINI et al., 2011; LINS, 2011; MORAES, 2011).

O uso de drogas é caracterizado como um dos 20 fatores de risco à saúde. As práticas relacionadas ao consumo de substâncias psicoativas, principalmente o crack, tem exposto homens e mulheres a situações de vulnerabilidade, entre elas a situações de violência, com destaque para a violência sexual e as desigualdades de gênero que determinam uma maior vulneração para as mulheres (BOURDIEU, 2010; MARANGONI, 2007; MINAYO, 2007; NJAINE et al., 2014; SANTOS, 2013).

No tocante a violência de forma geral, sua relação com o consumo de drogas é algo difícil de ser isoladamente mensurado, sem uma profunda discussão sobre a sua determinação social. No que se refere às dimensões socioculturais e individuais relacionadas à violência, é nebuloso o envolvimento do uso de álcool e outras drogas nos cenários de violência, não sendo possível estabelecer nexos causal entre os dois aspectos analisados. Segundo Fiori e Tófoli (2015), a ligação entre o uso drogas e situações de violência resulta não apenas das iniciativas individuais, mas também está envolvida com a estrutura social de desigualdades e injustiças que afeta indivíduos e populações vulneráveis, cujos direitos sociais são negados ou minimizados pelo Estado.

Assim, é preciso ampliar o olhar sobre a relação de violência e drogas, partindo de uma perspectiva das dinâmicas sociais envolvidas nas bases estruturais das desigualdades sociais, bem como os interesses econômicos que estão inseridos na produção e comercialização de drogas, quer sejam lícitas ou ilícitas (LINS, 2011). Essa reflexão sobre o

mercado de drogas e as interfaces sociais, em especial a reflexão para ação, não é simples em ser realizada, sendo um desafio político diante dos discursos proibicionistas vigentes, que legitimam e naturalizam a violência e ainda reforçam a culpabilização do usuário. É preciso ter cautela ao analisar relações de associações causais, sendo importante considerar os fatos e sujeitos sociais envolvidos no processo (DAHLBERG; KRUG, 2007; ZANELLO, 2014).

Nesse sentido, o Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2014 traz algumas informações relevantes para se pensar nas repercussões das atuais políticas sobre drogas. Afirma que o Brasil lidera o cenário mundial em números absolutos de homicídios por ano, são mais de 56 mil mortes violentas, sendo estimado que 50% dessas mortes estejam associadas à repressão ao uso de drogas por razão dos conflitos relacionados ao tráfico, acometendo em maior proporção a população periférica e negra do país. Segundo o Anuário o Brasil é também o terceiro maior encarcerador de pessoas no mundo, sendo cerca de 30% das prisões igualmente relacionadas às drogas. Apesar do perfil carcerário ser predominantemente masculino, na última década houve um crescimento de 567,4% da população feminina em presídios, estando a maioria dessas prisões relacionadas ao envolvimento das mulheres no tráfico de drogas, motivadas principalmente pelos vínculos afetivos (BRASIL, 2014).

Quanto à violência sexual, no cenário de uso abusivo de crack as mulheres têm sido as principais vítimas de explorações e agressões sexuais quando comparadas aos homens, inseridos no mesmo contexto de vulnerabilidade social. Recentemente, a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack no Brasil (BASTOS, BERTONI, 2014), realizada em 2012, trouxe aspectos importantes revelando que o padrão de uso da droga é mais intenso entre as mulheres (17 pedras/dia) quando confrontado ao dos homens (12 pedras/dia), assim como é 23 vezes maior entre elas o percentual que recebe dinheiro em troca de sexo para comprar crack ou outras drogas. Outro dado importante revelado pela pesquisa foi a proporção de mulheres que informaram ter sofrido violência sexual em algum momento da vida, 44,5%.

Em estudo anterior realizado em 2009 com 400 indivíduos usuários de drogas ilícitas residentes na cidade do Recife (PE), em sua grande maioria usuários de crack, também se observou o perfil de uma população estigmatizada e criminalizada, com frequente vivência de violências física e sexual, bem como o destaque para as diferenças de gênero na vulnerabilidade a agressões sexuais. Ao analisar troca de sexo por dinheiro ou drogas, as mulheres apresentaram o dobro da proporção dos homens (58,6% e 27,5%, respectivamente), e no tocante ao relato de ter sofrido violência sexual nos 12 meses anteriores à pesquisa, os achados reconduzem as discussões de gênero ao afirmar que 42,5% das mulheres relataram

ter sido estuprada, representando mais que o triplo da proporção observada entre os homens (12,4%) (SANTOS, 2013).

Ao analisar os dados da Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack (BRASIL, 2014), da pesquisa com a população usuária de drogas ilícitas em Recife (SANTOS, 2013) e dos boletins de ocorrência de crimes à liberdade sexual registrados em 2016 (Tabela 1) pela segurança pública (LIMA; BUENO, 2016), observa-se que a proporção de violência sexual em populações usuárias de drogas é substancialmente maior quando comparada com a proporção na população brasileira, revelando a vulnerabilidade das pessoas que fazem uso de drogas e a urgente necessidade de reestruturação das políticas públicas direcionadas a esse público (Quadro 1).

Quadro 1 – Histórico de violência sexual em usuários de crack, segundo dados de estudos transversais.

| Ano | Percentual de pessoas que sofreram violência sexual | | Fonte de dados |
|------|---|--|-------------------------|
| | Histórico de violência | | |
| 2009 | População: 21,0% | Pesquisa: “Vulnerabilidade e Prevalência de HIV e Sífilis em Usuários de Drogas no Recife” | Santos (2013) |
| 2012 | Homens: 7,4% Mulheres: 46,6% | Pesquisa: “Perfil Nacional sobre Uso de Crack” ² | Bastos, Bertoni (2014). |

Fonte: a autora

Esses dados mostram uma sobreposição de vulnerabilidades associadas àquelas próprias do contexto do uso de drogas na população feminina usuária de crack, que apresenta uma elevada proporção de agressões sexuais, e ressaltam que a violência é algo presente no cotidiano dessas mulheres, podendo ser perpetrada pela polícia, parceiro(a), clientes, traficantes, entre outros sujeitos da sua trajetória de vida (BRASIL. Presidência da República, 2009; MORAES, 2011).

A violência sexual se expressa nas dimensões individuais e sociais, possuindo interfaces complexas com o consumo de crack e de outras drogas. Além do mais, por mais que o homem usuário de drogas sofra preconceitos e seja marginalizado socialmente por seu consumo, é muito comum em estudos sobre mulheres usuárias de drogas a percepção de que o gênero feminino sofre muito mais estigma e julgamentos morais, tendo como uma das principais vulnerabilidades a violência doméstica e interpessoal (BRASIL. Presidência da República, 2009; MARANGONI, 2007; MORAES, 2011; SANTOS, 2013).

A melhor forma de compreender os cenários de violência envolvendo indivíduos e populações usuárias de drogas, em especial de crack, é partir da lógica da vulnerabilidade econômica e social na qual se encontram tais grupos. Vulnerabilidade é um conceito que parte

dos fatores comportamentais e dos riscos epidemiológicos para um olhar ampliado centrado na análise do conjunto dos aspectos individuais e coletivos relacionados à maior suscetibilidade de sujeitos e populações a um adoecimento ou agravamento, e menor acesso a recursos sociais de proteção à saúde (AYRES; PAIVA; FRANÇA, 2012).

Partindo desse entendimento, é fundamental identificar um arcabouço analítico que instrumentalize os estudos epidemiológicos, possibilitando sua melhor visibilidade e compreensão dos aspectos relacionados à sua determinação. De acordo com Ayres (2009), a vulnerabilidade em saúde pode ser compreendida a partir de três dimensões analíticas: individual, social e programática. Na dimensão individual considera-se que todas as pessoas são mais ou menos vulneráveis a um determinado agravamento à saúde tendo em vista aspectos biológicos e comportamentais. Já na dimensão social permeiam aspectos da coletividade e enfoca-se nos fatores contextuais e de relações sociais, que modelam a vulnerabilidade individual, como as questões relacionadas à gênero (AYRES, 2009).

Conforme documentado na literatura, as desigualdades sociais, de gênero e raciais que impactam sobre as condições de vida da população, também têm determinado historicamente uma maior vulnerabilidade à violência, em especial entre mulheres pobres e negras (BASTOS; BERTONI, 2014). A violência contra a mulher, principalmente em contextos de desigualdades sociais, consiste em atos de violação dos direitos à liberdade e autonomia, tanto no tocante a sexualidade, quanto na negação do Estado na oferta de condições mínimas para a cidadania, como acesso de qualidade à escolarização, moradia, trabalho e renda. Ao analisarmos a literatura sobre a violência contra mulheres em cenários de uso abusivo de crack, constata-se que as explorações e agressões se expressam de uma forma mais humilhante quando comparado com os homens usuários de crack, como, por exemplo, a prática de comercialização do sexo, bem como a fragilidade nos mecanismos de defesa nas agressões físicas e sexuais, atos praticados muitas vezes por pessoas mais próximas, e constantes ameaças e agressões físicas por parte de traficantes e, em algumas situações, por policiais (BASTOS; BERTONI, 2014; BUNGAY; JOHNSON; VARCOE; BOYD, 2010; FERTIG, 2013; NAPPO; OLIVEIRA, 2008).

A dimensão programática, por sua vez, refere-se às políticas de Estado e/ou governo, programas e ações que junto às outras dimensões (individual e social) particularizam as diferentes situações dos indivíduos e ou grupos para um determinado evento, proporcionando uma reflexão mais abrangente sobre os processos saúde-doença (OLIVEIRA, 2007; RUOTTI, 2011).

Assim, compreender a vulnerabilidade de populações usuárias de crack a situações de violência sexual requer o reconhecimento de que homens e mulheres possuem realidades desiguais, construídas historicamente e socialmente, sendo necessárias outras abordagens, a partir de campos de estudos interdisciplinares e transversais, como a categoria analítica de gênero. Além disso, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento a este agravo, com elaboração e institucionalização de políticas públicas que ampliem direitos e minimize as desigualdades e iniquidades de gênero (MORAES, 2013).

Considerar que no processo em que a violência é constituída a partir de uma base sociocultural, se faz necessário compreender as relações entre as situações de violência e o uso de drogas, inserindo nessa discussão uma análise de gênero. Com esse entendimento, esse estudo se propõe a possibilitar maior visibilidade às situações de violência sexual, assim como as características sociodemográficas e outros componentes do perfil epidemiológico da população usuária de crack, a partir de uma perspectiva de gênero, com enfoque das principais diferenças que envolvem homens e mulheres em cenários de uso abusivo de crack, possibilitando subsidiar a elaboração de políticas públicas mais efetivas no cuidado a essa população.

3 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil epidemiológico e aspectos relacionados à violência sexual, segundo gênero, em pessoas que fazem uso de crack, atendidos pelo Programa ATITUDE no Estado de Pernambuco, entre agosto de 2014 e agosto de 2016.

3.1 Objetivos Específicos

- a) Caracterizar o perfil epidemiológico da população usuária de crack, atendida pelo Programa ATITUDE, segundo gênero;
- b) Descrever o histórico de violência sexual sofrida por homens e mulheres usuários de crack, atendidos pelo Programa ATITUDE, a partir de aspectos relacionados ao tipo de agressor, idade que sofreu a agressão e periodicidade da violência;
- c) Identificar e analisar aspectos relacionados às desigualdades de gênero no perfil epidemiológico e nos históricos de violência sexual.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Estudo observacional do tipo corte-transversal, realizado com amostra representativa dos usuários de crack atendidos pelo Programa ATITUDE do estado de Pernambuco, entre agosto de 2015 e agosto de 2016.

4.2 Local de estudo

O estudo foi conduzido no estado de Pernambuco que possui aproximadamente 9 milhões de habitantes (IBGE, 2014), apresentando 184 municípios e o Distrito Estadual de Fernando de Noronha, distribuídos em cinco mesorregiões: Região Metropolitana do Recife (RMR), Mata, Agreste, Sertão e São Francisco. A pesquisa foi realizada nos Núcleos Regionais do Programa ATITUDE– Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e Seus Familiares, da Secretaria Executiva de Políticas sobre Drogas de Pernambuco (SANTOS et al., 2016).

O Programa ATITUDE tem por objetivo responder a situações de risco pessoal e social em decorrência do uso abusivo de drogas. Foi implantado em 2011 e possui dispositivos em quatro municípios do estado, conformando seus Núcleos Regionais (Figura 1), três na Região Metropolitana (Recife, Cabo de Santo Agostinho e Jaboatão dos Guararapes) e um no Agreste (Caruaru). Cada Núcleo Regional do Programa dispõe dos seguintes dispositivos: (a) ATITUDE nas Ruas (abordagem social de rua); (b) ATITUDE Acolhimento e Apoio (casa de passagem);(c) ATITUDE Acolhimento Intensivo (abrigo institucional) e (4) Aluguel Social (benefício).

A pesquisa selecionou indivíduos inseridos em contextos acentuados de vulnerabilidade social, atendidos por qualquer um dos seus dispositivos dos Núcleos Regionais do Programa ATITUDE (Figura 1).

Figura 1– Mapa da área de abrangência do estudo. Núcleos do Programa ATITUDE. Pernambuco, 2014/2015.



Fonte: Santos, Brito e Almeida (2015).

4.3 População do estudo e tamanho da amostra

Para analisar o perfil sociodemográfico e aspectos relacionados à violência sexual, segundo identidade de gênero, foi utilizado o banco de dados da pesquisa “Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco”, realizada pelo Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Pernambuco, com financiamento pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Edital 20/2013).

O banco de dados da pesquisa original é composto por uma amostra estratificada por sexo, representativa de homens e de mulheres que fazem uso de crack atendidos pelo Programa ATITUDE. Em relação ao padrão de consumo de crack, o critério de inclusão para a composição da amostra do estudo original foi fundamentada nos parâmetros da Organização Pan-Americana de Saúde (2008) para definição de “usuários de drogas com comportamento de alto risco para adquirir ou transmitir o HIV e outras DST – CODAR (do espanhol *Consumidores de Drogas con Alto Riesgo de adquirir o transmitir el VIH y otras ITSS*)”. Assim, foram recrutados indivíduos que tinham idade maior ou igual a 18 anos, que consumiram crack por mais de 25 dias nos seis meses anteriores ao estudo (média de 1 vez por semana) e que não estavam na vigência de quadro de intoxicação aguda por álcool ou outra droga.

Para este estudo foi utilizado uma amostra composta por 1.052 usuários de crack usuários do Programa ATITUDE de Pernambuco nos municípios destacados, estratificada

segundo identidade de gênero, sendo 793 homens e 259 mulheres. Apesar da amostra do estudo original ter sido estruturada a partir do sexo biológico dos participantes, este estudo considerou a perspectiva da identidade de gênero, ou seja, foi levada em conta a percepção social de cada indivíduo na concepção em ser homem ou mulher referida por cada entrevistado.

Gênero é um marcador social que se refere a formas de se identificar e ser identificado como homem ou mulher. Saffioti (2015) discute gênero como uma categoria útil à história e que pode lançar luz sobre as trajetórias de vida de homens e mulheres, além de ser um campo fértil de análise das desigualdades e das hierarquias sociais. Nesse sentido, incorporar a dimensão de gênero como categoria de análise possibilitou ampliar as reflexões sobre as vulnerabilidades em saúde inseridas na vida da população usuária de crack contemplada nesse estudo.

A diferença entre as amostras da pesquisa original e deste estudo deve-se ao quantitativo que apresentou informação válida para a variável dependente (SANTOS et al., 2016). O detalhamento do cálculo amostral do estudo original está descrito no relatório com resultados da pesquisa que pode ser acessado por meio do endereço eletrônico: <http://www.cpqam.fiocruz.br/hivcrack/>.

4.4 Instrumento, técnica de coleta, processamento e armazenamento de dados

Os dados utilizados no presente estudo foram coletados a partir da realização de questionário sociocomportamental. O campo da pesquisa do estudo original compreendeu os seguintes procedimentos:

- a) Checagem e elegibilidade dos usuários presentes no equipamento do Programa ATITUDE, utilizando o banco de dados eletrônico para conferência dos critérios de inclusão, bem como para identificação de possíveis duplicidades;
- b) Abordagem aos indivíduos elegíveis, explicando sobre o propósito da pesquisa e convidando-os para participar da entrevista de forma individual e reservada;
- c) Aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A);
- d) Realização de entrevista sociocomportamental por meio de questionário estruturado (ANEXO B), elaborado pela coordenação do estudo. O documento foi constituído em oito blocos temáticos contendo as seguintes informações:

- Sociodemográficas (sexo, idade, identidade de gênero, raça/cor, escolaridade, local e situação de moradia, famílias e amigos com quem mora, trabalho e renda e entre outros);
 - Uso de drogas (primeiro uso, tipos de drogas experimentadas, padrão de uso controlado/descontrolado e intensidade etc);
 - Acesso aos serviços de proteção social e de saúde;
 - Conhecimentos e acesso a preservativos;
 - Doenças sexualmente transmissíveis e testagens;
 - Vida Sexual e uso de preservativos;
 - Saúde reprodutiva feminina;
 - Violência
- e) Finalização da entrevista e inserção dos dados pelo entrevistador no banco eletrônico.

O banco de dados foi desenvolvido com a ferramenta MS SQL Server (versão 2008 R2), instalada no ambiente de rede virtual da Fiocruz Pernambuco cuja máscara de entrada foi desenvolvida por meio de uma ferramenta do sistema GeneXus (versão 10 Ev1), executada em ambiente web, com acesso via desktop, tablet e/ou notebook, que reproduzia o questionário impresso.

4.5 Variáveis do estudo

As variáveis analisadas foram selecionadas dos blocos temáticos do questionário sociocomportamental utilizado no estudo original (Anexo A). Neste estudo, as variáveis de análise foram organizadas a parti das dimensões analíticas da vulnerabilidade em saúde – individual, social e programático e estratificados a partir da categoria identidade de gênero, sendo feminino ou masculino (Quadros 2, 3 e 4).

As variáveis classificadas na dimensão individual foram aquelas relacionadas com os aspectos biológicos (sexo, faixa etária) e do comportamento ou dos hábitos de vida (identidade de gênero, comportamentos sexuais, ocorrência de DST e padrão de consumo de crack). No tocante à dimensão social da vulnerabilidade, foram selecionadas as variáveis referentes a raça/cor, escolaridade, tipo de moradia, com quem mora, fonte de renda, lugar onde usa crack e histórico de encarceramento. No âmbito da dimensão programática, ou seja, aspectos relacionado aos dispositivos de apoio e cuidado social e de saúde, considerou-se o acesso aos serviços de saúde e de proteção social nos 12 meses anteriores à entrevista.

Quadro 2–Variáveis do estudo segundo a dimensão analítica individual da vulnerabilidade.

| Aspecto | Variável | Categoria |
|------------------|--|---|
| Sociodemográfico | Faixa etária (anos) | 18 a 24 anos |
| | | 25 a 34 anos 35 a 49 anos 50 anos ou mais |
| Vida sexual | Faixa etária da 1ª relação sexual | Até 14 anos 15 anos ou mais |
| | Quantidade de parceiros sexuais nos últimos 12 meses | Um parceiro 2 a 10 parceiros Mais de 10 parceiros. |
| | Parceiro sexual fixos nos últimos 12 meses | Sim Não |
| | Parceiro sexual casual nos últimos 12 meses | Sim Não |
| | Ocorrência de DST alguma vez na vida ¹ | Sim Não |
| Consumo de crack | Motivos para iniciar o uso de crack | Fácil acesso ao crack Problemas emocionais e familiares Influência de amigos/colegas/familiares |
| | Faixa etária de início do uso de crack | Até 15 anos 16 a 24 anos 25 a 34 anos 35 ou mais |
| | Quantidade diária de pedras de crack | Até 20 pedras 21 a 35 pedras 36 ou mais pedras |
| | Frequência semanal de uso de crack | Até 3 dias 4 a 6 dias Todos os dias |
| | Padrão de consumo de crack ² | Controlado Descontrolado ³ |

Fonte: a autora.

Notas: ¹relato de sintomas de corrimento, feridas, verrugas e/ou bolhas em partes íntimas (vagina/pênis/ânus); ²considerou-se o padrão de uso de crack antes de ingressarem no Programa ATITUDE e autoavaliação dos entrevistados sobre a forma de consumir o crack, sendo controlado ou descontrolado; ³foi considerado descontrolado no padrão de consumo quando o indivíduo utiliza o crack enquanto possui a droga, sem controle da quantidade a ser consumida, ou seja, usa a substância de forma compulsiva.

Quadro 3–Variáveis do estudo segundo a dimensão analítica social da vulnerabilidade.

| Aspecto | Variável | Categoria |
|------------------|---|---|
| Sociodemográfico | Gênero | Cisgênero ¹ Transgênero ² |
| | Raça/cor | Branca Não Branca ³ |
| | Escolaridade (anos de estudo) | ≤ 8 anos ≥8 anos |
| | Situação conjugal | Solteiro (a) Casado (a) Separado (a)/divorciado (a) /viúvo (a) |
| | Religião | Evangélica Católica Outra Sem religião |
| | Relação sexual com parceiro comercial nos últimos 12 meses ⁴ | Sim Não |
| | Situação de moradia | Endereço fixo ⁵ Rua Sem endereço fixo ⁶ |
| | Mora com quem | Sozinho (a) Cônjuge Família Amigo (a)/colega |
| | Situação atual de trabalho | Trabalho regular ⁷ Trabalho irregular ⁸ Não trabalha atualmente |
| | Fonte de renda: trabalho regular ⁷ | Sim Não |
| | Fonte de renda: trabalho por conta própria ⁸ | Sim Não |
| | Fonte de renda: atividade ilícita ⁹ | Sim Não |
| | Fonte de renda: comercialização de sexo | Sim Não |
| | Renda mensal individual | < 1 salário mínimo ≥1 salário mínimo |
| Encarceramento | Histórico de encarceramento | Sim Não |
| Consumo de crack | Meios para obter crack por atividade ilícita | Sim Não |

Fonte: a autora.

Notas:¹indivíduos que se identificam com o sexo biológico. ²indivíduos que se identifica diferentemente do sexo biológico ³não-branca: Pardos, Pretos e Negros; ⁴parceiro sexual de quem recebeu dinheiro ou drogas; ⁵endereço fixo: Apartamento, casa própria ou da família, apartamento/casa//quarto alugado, ⁶sem endereço fixo: casa de amigo ou conhecido, apartamento/casa invadida (ocupação), quarto de hotel/motel/pensão/albergue público ou filantrópico, hospital (sem incluir internação para tratamento de dependência de drogas), serviço para tratamento/atenção a usuários de drogas, prisão/delegacias. ⁷servidor público, empregador, empregado com ou sem carteira assinada. ⁸trabalho por conta própria/autônomo, esporádicos/bicos; ⁹participação em atividades ilegais como roubo, furto, latrocínio, homicídio, venda ou distribuição de drogas (tráfico de drogas) e entre outros.

Quadros 4 – Variáveis do estudo segundo a dimensão analítica programática da vulnerabilidade

| Aspecto | Variável | Categoria |
|---------------------|--|------------|
| Assistência social | Utilização de serviços de assistência social nos últimos 12 meses (Centro de Referência de Assistência Social CRAS, Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS, casas de acolhimento e Programas de Emprego e Renda) | Sim Não |
| Assistência à saúde | Utilização de serviços de saúde nos últimos 12 meses (Unidades de Saúde da Família, Unidades de Pronto Atendimento – UPA, Hospitais e Consultório de Rua) | Sim Não |
| | Utilização de algum serviço para tratamento de dependência química nos últimos 12 meses (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, Unidades de acolhimento, Comunidade terapêutica, hospitais psiquiátricos, grupos de ajuda mútua, serviço universitário, clínica especializada) | Sim Não |
| | Acesso a preservativos nos últimos 12 meses | Sim Não |

Fonte: a autora.

4.6 Análise dos dados

Os achados do estudo, estratificados pelo gênero masculino e feminino, foram apresentados de forma descritiva e analítica, por meio de tabelas. Na apresentação descritiva, para as variáveis categóricas, calculou-se as frequências absolutas e relativas; já para as variáveis quantitativas contínuas, também são apresentados os valores das medidas de tendência central e dispersão, como média aritmética, desvio padrão, mediana, valor mínimo e máximo.

A análise descritiva e exploratória permitiu elaborar um perfil sobre a população do estudo, descrevendo-a a partir de aspectos individuais, sociais e programáticos, bem como a caracterização do histórico e sobreposições de violência vivenciadas pelos usuários de crack. Utilizou-se o teste de qui-quadrado para verificar a diferença dos percentuais estimados para os gêneros masculino e feminino, sendo consideradas significativas as variáveis cujo valor de p foi <5%.

Para o processamento e análise dos dados foram utilizados os Programas Microsoft Excel 2010 e o “Statistical Package for the Social Science” – SPSS®, versão 20. Essas ferramentas possibilitaram a realização das análises estatísticas, bem como a elaboração dos resultados apresentados em forma de tabelas e gráficos.

4.7 Considerações éticas

Este estudo utilizou o banco de dados da pesquisa: *“Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco”*, desenvolvida pelo Instituto Aggeu Magalhães, Fundação

Oswaldo Cruz (Fiocruz) Pernambuco e financiada pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Edital 20/2013). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Pernambuco sob o número CAE 25250413.6.0000.5190 (Anexo C), estando os objetivos do presente estudo contemplados no referido parecer.

A pesquisa obteve carta de anuência concedida pela Secretaria Executiva de Políticas sobre Drogas de Pernambuco, órgão responsável pela gestão do Programa ATITUDE, e seu desenvolvimento encontra-se em conformidade com os termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos (SANTOS et al., 2016). A coordenação da pesquisa concedeu anuência para a realização deste trabalho, consentido com o projeto e seus respectivos objetivos e metodologias.

5 RESULTADOS

Os resultados estão organizados em duas subseções temáticas, apresentados em tabelas estratificadas por gênero. A primeira refere-se à análise descritiva contendo o perfil sociodemográfico, comportamento e vida sexual, padrão de uso de crack, acesso a serviços de saúde e de proteção social, bem como históricos de violência e de encarceramento.

5.1 Perfil epidemiológico de homens e de mulheres que consomem crack

Os dados analisados são referentes a entrevistas realizadas com 1.052 usuários de crack atendidos pelo Programa ATITUDE de Pernambuco, sendo 793 homens (75,4%) e 259 mulheres (24,6%). Os resultados estão estratificados por gênero e os termos “homem” e “mulher” foram empregados para referir a identidade de gênero dos participantes do estudo.

No tocante às características sociodemográficas (Tabela 2), observa-se que a maioria dos participantes (97,0%) mostrou concordância entre a configuração biológica do sexo ao nascimento e a sua identificação social de gênero, conhecido pelo termo cisgênero. No conjunto estudado, a maioria era de adultos jovens, com idade entre 18 e 34 anos (78,2%), com maior proporção na faixa etária de 25 a 34 anos (46,0%). A média de idade foi de 29,2 anos (Desvio Padrão=8,3 anos) e mediana de 28 anos, sendo este perfil obviamente influenciado pelo critério de mínimo de 18 anos para a inclusão no estudo.

A distribuição por raça/cor revela que a maior proporção de indivíduos se autodeclarou pardo (65,1%), com apenas 17,1% de brancos. Esses percentuais relativos a soma de pardos e pretos foram superiores aos observados na população geral de Pernambuco (IBGE 2010) com 55,5%.

Para a totalidade da amostra, independente de gênero, em relação aos demais dados sociodemográficos, verifica-se que uma grande parcela possui menos de 8 anos de estudo (80,3%), são solteiros ou separados (65,5%) e quase metade referiu não ter religião (47,8%). Mais da metade dos participantes viviam em situação de rua (55,2%), moravam sozinhos (47,5%) e exerciam trabalhos por conta própria (46,1%). Em relação à renda, metade (50,8%) afirmou que vivia com menos do que um salário mínimo por mês, sendo as principais fontes mencionadas trabalho regular (51,9%) e atividades ilícitas (26,1%). Chama atenção a proporção que referiu a comercialização de sexo (13,5%). Ainda conforme os dados apresentado na Tabela 2, ao se analisar o perfil dos entrevistados por gênero, observa-se que entre os homens, a faixa etária predominante foi de 25 a 34 anos de idade (47,0%) (média =

29,7 anos; Desvio Padrão =8,6 anos; idade máxima = 76 anos; mediana =28 anos), sendo a maioria pardos (64,7%), com baixa escolaridade (78,4%), solteiro (66,5%), sem religião (45,4%), vivendo em situação de rua (54,6%), morando sozinho (51,6%), exercendo trabalhos irregulares (48,4%) e obtendo a renda por meio de trabalhos por conta própria (60,0%). Já entre as mulheres, a faixa etária predominante foi mais jovem, de 18 a 24 anos de idade (42,9%), média de idade de 27,3 anos (Desvio Padrão = 6,7; idade máxima = 54 anos; mediana = 26 anos), sendo a maioria parda (66,4%), com baixa escolaridade (86,1%), solteira (62,5%) e sem religião (55,2%). Nos 30 dias anteriores à entrevista, 56,8% das mulheres referiu viver em situação de rua, morar com familiares (35,3%), não ter trabalho (54,8%) e ter como principal fonte de renda a comercialização de sexo (42,1%).

Observam-se diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os gêneros nas seguintes características sociodemográficas: o percentual de mulheres transgênero é maior do que o de homens trans (10,0% vs. 0,8%, respectivamente); as mulheres são mais jovens, como já referido anteriormente; e uma maior proporção de casadas (27,8% vs. 17,1%), sem religião (55,2% vs. 45,4%) e com menor escolaridade (86,1% com menos de 8 anos de estudo vs. 78,4%). Há também diferenças estatisticamente significativas, com predomínio entre as mulheres, dos que moram com familiares, sem trabalho no momento atual e com menor renda mensal. Destaca-se, de forma desproporcional, o maior envolvimento feminino em práticas de comercialização de sexo para obtenção de renda (42,1% vs. 4,2%, $\chi^2=240.47$, $p < 0,001$).

Tabela 2 –Distribuição de pessoas usuárias de crack segundo gênero e características relacionadas aos aspectos sociodemográficos e à vida sexual. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015.

| Variável | Identidade de Gênero | | | | χ^2 | valor de p | Total (N=1.052) | |
|---|----------------------|------|-------------------|------|----------|------------|-----------------|------|
| | Masculino (N = 793) | | Feminino (N= 259) | | | | n | % |
| | n ¹ | % | n ¹ | % | | | | |
| Gênero³ | | | | | 57.03 | | | |
| Cisgênero | 787 | 99,2 | 233 | 90,0 | | | 1020 | 97,0 |
| Transgênero | 6 | 0,8 | 26 | 10,0 | | | 32 | 3,0 |
| Faixa etária (anos) | | | | | 22.26 | | | |
| 18 a 24 | 227 | 28,6 | 111 | 42,9 | | | 338 | 32,2 |
| 25 a 34 | 373 | 47,0 | 111 | 42,9 | | | 484 | 46,0 |
| 35 a 49 | 166 | 20,9 | 33 | 12,7 | | | 199 | 18,9 |
| 50 ou mais | 27 | 3,5 | 4 | 1,5 | | | 31 | 2,9 |
| Raça/Cor | | | | | | | | |
| Branca | 142 | 17,9 | 38 | 14,7 | | | 180 | 17,1 |
| Preta/Negra | 117 | 14,8 | 45 | 17,4 | | | 162 | 15,4 |
| Amarela/asiática | 15 | 1,9 | 4 | 1,5 | | | 19 | 1,8 |
| Parda | 513 | 64,7 | 172 | 66,4 | | | 685 | 65,1 |
| Indígena | 6 | 0,8 | - | - | | | 6 | 0,6 |
| Escolaridade | | | | | 7.25 | | | |
| ≤ 8 anos de estudo | 622 | 78,4 | 223 | 86,1 | | 0,007 | 845 | 80,3 |
| > 8 anos de estudo | 171 | 21,6 | 36 | 13,9 | | | 207 | 19,7 |
| Situação Conjugal | | | | | 17.67 | | | |
| Solteiro | 527 | 66,5 | 162 | 62,5 | | <0,001 | 689 | 65,5 |
| Casado | 136 | 17,1 | 72 | 27,8 | | | 208 | 19,8 |
| Separado/divorciado/viúvo | 130 | 16,4 | 25 | 9,7 | | | 155 | 14,7 |
| Religião | | | | | 14.15 | | | |
| Evangélica | 152 | 19,2 | 39 | 15,1 | | 0,003 | 191 | 18,1 |
| Católica | 266 | 33,5 | 66 | 25,5 | | | 332 | 31,6 |
| Outra ⁴ | 15 | 1,9 | 11 | 4,2 | | | 26 | 2,5 |
| Sem religião | 360 | 45,4 | 143 | 55,2 | | | 503 | 47,8 |
| Situação de moradia | | | | | 1.37 | | | |
| Endereço fixo | 283 | 35,7 | 93 | 35,9 | | 0,503 | 376 | 35,7 |
| Rua | 433 | 54,6 | 147 | 56,8 | | | 580 | 55,2 |
| Sem endereço fixo ⁵ | 77 | 9,7 | 19 | 7,3 | | | 96 | 9,1 |
| Mora com quem | | | | | 39.68 | | | |
| Sozinho | 406 | 51,6 | 90 | 34,9 | | <0,001 | 496 | 47,5 |
| Cônjuge | 69 | 8,8 | 55 | 21,3 | | | 124 | 11,9 |
| Família | 233 | 29,6 | 91 | 35,3 | | | 324 | 31,0 |
| Amigo/colega | 79 | 10,0 | 22 | 8,5 | | | 101 | 9,6 |
| Situação atual de trabalho | | | | | 16.19 | | | |
| Trabalho regular | 84 | 10,6 | 16 | 6,2 | | <0,001 | 100 | 9,5 |
| Trabalho irregular | 384 | 48,4 | 101 | 39,0 | | | 485 | 46,1 |
| Não trabalha atualmente | 325 | 41,0 | 142 | 54,8 | | | 467 | 44,4 |
| Fonte de renda: trabalho regular | | | | | 9.19 | | | |
| Sim | 87 | 11,0 | 12 | 4,6 | | 0,002 | 99 | 9,4 |
| Não | 706 | 89,0 | 247 | 95,4 | | | 953 | 90,6 |

Tabela 2 –Distribuição de pessoas usuárias de crack segundo gênero e características relacionadas aos aspectos sociodemográficos e à vida sexual. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015. **(conclusão)**

| Variável | Identidade de Gênero | | | | χ^2 | valor de p | Total (N=1.052) | |
|--|----------------------|------|-------------------|------|----------|------------|-----------------|------|
| | Masculino (N = 793) | | Feminino (N= 259) | | | | n | % |
| | n ¹ | % | n ¹ | % | | | | |
| Fonte de renda: | | | | | 85.15 | <0.001 | | |
| Trabalho por conta própria | | | | | | | | |
| Sim | 476 | 60,0 | 70 | 27,0 | | | 546 | 51,9 |
| Não | 317 | 40,0 | 189 | 73,0 | | | 506 | 48,1 |
| Fonte de renda: atividade ilícita | | | | | 0.77 | 0.781 | | |
| Sim | 209 | 26,4 | 66 | 25,5 | | | 275 | 26,1 |
| Não | 584 | 73,6 | 193 | 74,5 | | | 777 | 73,9 |
| Fonte de renda: comercialização de sexo | | | | | 240.47 | <0.001 | | |
| Sim | 33 | 4,2 | 109 | 42,1 | | | 142 | 13,5 |
| Não | 760 | 95,8 | 150 | 57,9 | | | 910 | 86,5 |
| Renda mensal individual⁶ | | | | | 6.29 | 0.012 | | |
| < 1 salário mínimo | 385 | 48,5 | 149 | 57,5 | | | 534 | 50,8 |
| ≥ 1 salário mínimo | 408 | 51,5 | 110 | 42,5 | | | 518 | 49,2 |
| Faixa etária da 1ª relação sexual | | | | | 14.45 | <0,001 | | |
| Até 14 anos | 508 | 64,1 | 199 | 76,8 | | | 707 | 67,2 |
| 15 anos ou mais | 285 | 35,9 | 60 | 23,2 | | | 345 | 32,8 |
| Quantidade de parceiros sexuais⁷ | | | | | 29.02 | <0.001 | | |
| 1 | 140 | 17,7 | 43 | 16,6 | | | 183 | 17,4 |
| 2 a 10 | 364 | 45,9 | 75 | 29,0 | | | 439 | 41,7 |
| Mais de 10 | 289 | 36,4 | 141 | 54,4 | | | 430 | 40,9 |
| Parceiro sexual fixo⁷ | | | | | 15.52 | <0.001 | | |
| Sim | 535 | 67,5 | 208 | 80,3 | | | 743 | 70,6 |
| Não | 258 | 32,5 | 51 | 19,7 | | | 309 | 29,4 |
| Parceiro sexual casual⁷ | | | | | 2.62 | 0.105 | | |
| Sim | 609 | 76,8 | 186 | 71,8 | | | 795 | 75,6 |
| Não | 184 | 23,2 | 73 | 28,2 | | | 257 | 24,4 |
| Parceiro sexual comercial^{7,8} | | | | | 136.60 | <0.001 | | |
| Sim | 208 | 26,2 | 172 | 66,4 | | | 380 | 36,1 |
| Não | 585 | 73,8 | 87 | 33,6 | | | 672 | 63,9 |
| Ocorrência IST⁷ | | | | | 29.80 | <0.001 | | |
| Sim | 312 | 39,4 | 154 | 59,3 | | | 466 | 44,3 |
| Não | 481 | 60,6 | 105 | 40,7 | | | 585 | 55,7 |

Fonte: a autora.

Notas: ¹a diferença entre o total geral e o total para cada variável deve-se as informações ignoradas ou que não se aplicam, bem como à possibilidade de múltiplas respostas; ²teste estatístico Qui-Quadrado; ³reconhecimento social do indivíduo sobre ser homem ou mulher ou ambos os gêneros, sendo cisgênero a identificação alinhada ao sexo biológico e transgênero a distinta do sexo biológico; ⁴espírita e umbanda; ⁵exceto situação de rua; ⁶foi considerado o valor do salário mínimo para o ano de 2014 que se igualava a R\$ 724,00; ⁷nos últimos 12 meses (anteriores à entrevista); ⁸teve relação sexual em troca de dinheiro ou drogas.

Na análise dos aspectos relacionados ao comportamento sexual, conforme mostrado na Tabela 2, uma parcela expressiva dos entrevistados referiu a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade (67,2%), sendo a proporção ainda maior, e estatisticamente significativa, entre as mulheres (76% vs 64,1%). Ao serem questionados sobre as práticas sexuais vivenciadas nos últimos 12 meses, 40,9% afirmaram ter acima de 10 parceiros íntimos,

independentemente do tipo de parceria, tendo a maioria referido ter parceiros fixos (70,6%) e casuais (75,6%), e uma menor proporção parceiros comerciais (36,1%). Chama atenção a expressiva parcela que relatou ter adquirido recentemente alguma infecção de transmissão sexual (44,3%). Na análise comparativa, as mulheres também apresentaram maior proporção entre os que referiram mais de 10 parceiros sexuais nos últimos 12 meses, e ocorrência de IST (59,3% vs. 39,4%). Quanto ao tipo de parceiros sexuais, observou-se ainda maior envolvimento das mulheres com parceiros fixos (80,3%) e comerciais (66,4%) quando comparadas aos homens (67,5% e 26,2%), e essas diferenças de proporção foram estatisticamente significantes. A Tabela 3 apresenta as características relativas ao acesso a serviços de proteção social (como, por exemplo, centros de referência de assistência social, previdência social, abrigos, etc.) e de atenção à saúde (unidades básicas, ambulatórios, urgência e emergência, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), hospitais gerais, hospitais especializados, etc.) nos últimos 12 meses.

Tabela 3—Distribuição das pessoas usuárias de crack por gênero, segundo acesso a serviços de proteção social e de saúde nos últimos 12 meses. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015

| Variável | Identidade de Gênero | | | | χ^2 | valor de p | Total | |
|---|------------------------|------|----------------------|------|----------|--------------|-----------|------|
| | Masculino (N = 793) | | Feminino (N= 259) | | | | (N=1.052) | |
| | n ¹ | % | n ¹ | % | | | n | % |
| Acesso a serviços de proteção social³ | | | | | 0.45 | 0.500 | | |
| Sim | 318 | 40,1 | 110 | 42,5 | | | 428 | 40,7 |
| Não | 475 | 59,9 | 149 | 57,5 | | | 624 | 59,3 |
| Assistência social (CRAS, CREAS etc)⁴ | | | | | 1.06 | 0.302 | | |
| Sim | 174 | 22,0 | 65 | 25,1 | | | 239 | 22,8 |
| Não | 619 | 78,0 | 194 | 74,9 | | | 813 | 77,2 |
| Previdência social | | | | | 0.02 | 0.869 | | |
| Sim | 104 | 13,1 | 35 | 13,5 | | | 139 | 13,2 |
| Não | 689 | 86,9 | 224 | 86,5 | | | 913 | 86,8 |
| Serviços que ofertam alimentação gratuita | | | | | 0.01 | 0.892 | | |
| Sim | 116 | 14,6 | 37 | 14,3 | | | 153 | 14,5 |
| Não | 677 | 85,4 | 222 | 85,7 | | | 899 | 85,5 |
| Programas de Emprego e Renda | | | | | 0.68 | 0.409 | | |
| Sim | 72 | 9,1 | 28 | 10,8 | | | 100 | 9,5 |
| Não | 721 | 90,9 | 231 | 89,2 | | | 952 | 90,5 |
| Acesso a serviços de atenção à saúde⁵ | | | | | 6.32 | 0.012 | | |
| Sim | 463 | 58,4 | 176 | 66,9 | | | 637 | 60,6 |
| Não | 330 | 41,6 | 87 | 33,1 | | | 415 | 39,4 |
| Unidade básica / ambulatórios | | | | | 5.85 | 0.016 | | |
| Sim | 219 | 27,6 | 92 | 35,5 | | | 311 | 29,6 |
| Não | 574 | 72,4 | 167 | 64,5 | | | 741 | 70,4 |
| Serviços de urgência e emergência | | | | | 3.31 | 0.038 | | |
| Sim | 321 | 40,5 | 124 | 47,9 | | | 445 | 42,3 |
| Não | 472 | 59,5 | 135 | 52,1 | | | 607 | 57,7 |

Tabela 3–Distribuição das pessoas usuárias de crack por gênero, segundo acesso a serviços de proteção social e de saúde nos últimos 12 meses. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015
(conclusão)

| Variável | Identidade de Gênero | | | | χ^2 | valor de p | Total | |
|---|----------------------|----------------|-----------|----------|----------|------------------|-------|------|
| | Masculino | | Feminino | | | | n | % |
| | (N = 793) | (N= 259) | (N = 793) | (N= 259) | | | | |
| n ¹ | % | n ¹ | % | | | n | % | |
| Hospital | | | | | 15.40 | <0.001 | | |
| Sim | 160 | 20,2 | 83 | 32,0 | | | 243 | 23,1 |
| Não | 633 | 79,8 | 176 | 68,0 | | | 809 | 76,9 |
| Acesso a serviços para tratamento da dependência⁶ | | | | | 0.58 | 0.445 | | |
| Sim | 447 | 56,4 | 153 | 59,1 | | | 600 | 57,0 |
| Não | 346 | 43,6 | 106 | 40,9 | | | 452 | 43,0 |
| Serviços de abordagem na rua⁷ | | | | | 8.54 | 0.003 | | |
| Sim | 55 | 6,9 | 33 | 12,7 | | | 88 | 8,4 |
| Não | 738 | 93,1 | 226 | 87,3 | | | 964 | 91,6 |
| Acesso a preservativos | | | | | 5.10 | 0.024 | | |
| Sim | 512 | 64,6 | 187 | 72,2 | | | 699 | 66,4 |
| Não | 281 | 35,4 | 72 | 27,8 | | | 353 | 33,6 |

Fonte: a autora.

Notas:¹a diferença entre o total geral e o total para cada variável deve-se as informações ignoradas e a possibilidade de múltiplas respostas; ²teste estatístico Qui-Quadrado; ³serviços de proteção social como casas de passagem, Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, Centro de Referência Especializada de Assistência Social – CREAS, abrigos, acolhimento institucional etc;⁴CRAS, CREAS, abrigos, casas de passagem e acolhimento institucional;⁵serviços de cuidados em saúde como unidade básica de saúde, urgência e emergência, unidades de pronto atendimento – UPA, hospitais, clínicas especializadas, consultório de/na rua, abordagem social etc;⁶hospital psiquiátrico, leito psiquiátrico em hospital geral, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, unidade de acolhimento e clínica especializada privada;⁷consultório de/na rua, ATITUDE nas ruas e abordagem social.

No total da amostra, a rede de saúde foi o serviço mais utilizado, uma vez que 60,6% referiu ter acessado algum serviço de atenção à saúde nos últimos 12 meses, sendo os serviços para tratamento da dependência mencionados por 57,0%, e a rede de proteção social referida por 40,7%. Entre os componentes da rede de atenção à saúde, chama atenção a maior procura por unidades de média complexidade, como as UPAS (42,3%), e apenas 29,6% procurou unidades básicas e ambulatorios. Quanto aos serviços de proteção social, os CRAS e CREAS (22,8%) foram os mais acessados nos últimos 12 meses, embora menos de um quarto ter mencionado tais serviços. Apenas 14,5% dos indivíduos acessaram serviços de alimentação gratuita, assim como uma pequena parcela (9,5%) teve acesso a programas de emprego e renda. Somente 8,4% dos participantes referiram ter acessado algum serviço de abordagem de rua, da saúde ou da assistência social. Já em relação aos preservativos, 66,4% mencionaram ter tido acesso a esse insumo nos últimos 12 meses.

Quando essas características são analisadas segundo o estrato de gênero, não se observam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres no que diz respeito ao acesso a serviços de proteção social. No entanto, há um predomínio de mulheres que acessaram os serviços de saúde, tanto as unidades básicas de saúde, urgência e

emergências, e hospitais, e as diferenças foram estatisticamente significativas. Da mesma maneira, houve uma maior proporção de mulheres nos serviços de abordagem de rua (12,7% vs. 6,9%) e serviços de distribuição de preservativos (72,2% vs. 64,6%). O único serviço que não apresentou diferença estatística, por gênero, foi o de tratamento da dependência.

Em relação às características relacionadas ao consumo de crack (Tabela 4), no total dos casos estudados, constata-se que a maior proporção (42,2%) iniciou o uso motivado por fatores relacionados a influências das relações sociais com amigos/colegas/familiares, seguido pela facilidade de acesso ao crack (35,2%). Para a maioria, a primeira vivência do uso da droga ocorreu ainda na adolescência e juventude, entre 16 e 24 anos (55,4%), observando-se percentual em torno de 7% ainda na infância e pré-adolescência (até 15 anos). Embora não estejam tabelados, a idade mínima de início do uso de crack foi 5 anos e a máxima, 58 anos; a mediana foi de 18 anos. O tempo médio de uso da droga de 9 anos (desvio-padrão=5,5 anos e mediana =8 anos). Quanto ao padrão de consumo de crack, mais da metade (57,3%) dos entrevistados referiram utilizar, em média, 20 pedras de crack por dia, consumindo a droga todos os dias da semana (70,5%). Ao avaliar a forma de utilizar o crack, a maioria (77,7%) relatou usar a substância descontroladamente, ou seja, não decide a quantidade que usa e utiliza enquanto tiver ou conseguiu-la. Ademais, quase um quarto (23,9%) obteve o crack por meio de atividade ilícita, inclusive pela participação de alguma forma na venda ou distribuição de drogas.

Ao se proceder a análise por gênero, observou-se diferenças estatisticamente significativas as variáveis relativas aos motivos para iniciar o uso do crack, provavelmente em função de problemas emocionais e familiares entre as mulheres (34,0% vs. 18,7%), e facilidade de acesso os homens (39,0% vs. 23,6%). Também há diferenças em relação à idade de início de uso, com as mulheres experimentando o crack mais cedo (infância e início da adolescência, antes dos 15 anos, cuja proporção foi de aproximadamente três vezes superior a dos homens (14,3% vs. 4,8%). Embora não haja diferença em relação ao número de pedras consumidas entre homens e mulheres, as mulheres as consomem com maior frequência. Em relação a obter crack por meio da comercialização do sexo, as mulheres apresentaram proporção sete vezes maior do que a dos homens (40,9% vs. 5,3%).

Tabela 4—Distribuição das pessoas usuárias de crack por gênero, segundo características relacionadas ao consumo de crack. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015.

| Variável | Identidade de Gênero | | | | χ^2 | valor de p | Total | |
|--|------------------------|------|----------------------|------|----------|------------|-----------|------|
| | Masculino (N = 793) | | Feminino (N= 259) | | | | (N=1.052) | |
| | n ¹ | % | n ¹ | % | | | N | % |
| Motivos para iniciar o uso de crack | | | | | 33,59 | <0,001 | | |
| Facilidade de acesso ao crack | 309 | 39,0 | 61 | 23,6 | | | 370 | 35,2 |
| Problemas emocionais e familiares | 148 | 18,7 | 88 | 34,0 | | | 236 | 22,4 |
| Influência de amigos/colegas/familiares | 336 | 42,3 | 110 | 42,4 | | | 446 | 42,4 |
| Faixa etária de início do uso de crack | | | | | 34,24 | <0,001 | | |
| Até 15 anos | 38 | 4,8 | 37 | 14,3 | | | 75 | 7,1 |
| 16 a 24 anos | 435 | 54,9 | 148 | 57,1 | | | 583 | 55,4 |
| 25 a 34 anos | 235 | 29,6 | 61 | 23,6 | | | 296 | 28,1 |
| 35 anos ou mais | 85 | 10,7 | 13 | 5,0 | | | 98 | 9,3 |
| Quantidade diária de pedras de crack | | | | | 4,77 | 0,092 | | |
| Até 20 pedras | 468 | 59,0 | 135 | 52,1 | | | 603 | 57,3 |
| 21 a 35 pedras | 141 | 17,8 | 60 | 23,2 | | | 201 | 19,1 |
| 36 ou mais | 184 | 23,2 | 64 | 24,7 | | | 248 | 23,6 |
| Frequência semanal de uso de crack | | | | | 11,50 | 0,003 | | |
| Até 3 dias/semana | 165 | 20,8 | 38 | 14,7 | | | 203 | 19,3 |
| 4 a 6 dias/semana | 90 | 11,4 | 17 | 6,6 | | | 107 | 10,2 |
| Todos os dias | 538 | 67,8 | 204 | 78,7 | | | 742 | 70,5 |
| Padrão de consumo de crack³ | | | | | 1,82 | 0,177 | | |
| Controlado | 185 | 23,3 | 50 | 19,3 | | | 235 | 22,3 |
| Descontrolado | 608 | 76,7 | 209 | 80,7 | | | 817 | 77,7 |
| Obter crack por meio de atividade ilícita⁵ | | | | | 0,04 | 0,840 | | |
| Sim | 188 | 23,7 | 63 | 24,3 | | | 251 | 23,9 |
| Não | 605 | 76,3 | 196 | 75,7 | | | 801 | 76,1 |
| Obter crack por meio da comercialização de sexo⁶ | | | | | 205,02 | <0,001 | | |
| Sim | 42 | 5,3 | 106 | 40,9 | | | 148 | 14,1 |
| Não | 751 | 94,7 | 153 | 59,1 | | | 904 | 85,9 |

Fonte: a autora.

Notas: ¹a diferença entre o total geral e o total para cada variável deve-se as informações ignoradas ou que não se aplicam, bem como à possibilidade de múltiplas respostas; ²Teste estatístico Qui-Quadrado; ³Para conhecer o padrão de uso de crack os usuários foram indagados sobre alguns aspectos de seu consumo antes de ingressar no Programa ATITUDE, incluindo a autoavaliação sobre a forma de consumir o crack, sendo controlado (decide a quantidade que usa) ou descontrolado (não decide a quantidade que usa/usa enquanto tiver ou conseguir o crack); ⁴ ⁵participação em atividades ilegais como roubo, furto, latrocínio, homicídio, venda ou distribuição de drogas (tráfico de drogas) e entre outros; ⁶ recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo.

5.2 Análise do histórico de violência e de encarceramento

Com respeito as características relacionadas ao histórico de violência e de encarceramento (tabela 5), de maneira geral observa-se que a maioria referiu frequente vitimização, principalmente por agressões físicas por meio do uso de arma branca e/ou fogo (86,2%) e violência psicológica (83,8%). Quanto à ocorrência de violência sexual, 20,8% relataram ter sofrido esse tipo de agressão alguma vez na vida, considerando qualquer tipo de lesão sexual, tais como os atos libidinosos, relação sexual com penetração, exploração sexual

e entre outros atentados contra à liberdade sexual. Na análise por gênero, dentre os tipos de violência vivenciados, a violência sexual foi a única que apresentou diferença estatisticamente significativa: a proporção de mulheres que referiam ter sofrido violência sexual foi cinco vezes maior do que a observada entre os homens (54,8% e 9,7%, respectivamente). Em relação ao histórico de encarceramento, metade dos participantes afirmou ter sido preso alguma vez na vida, sendo essa ocorrência significativamente mais frequente entre os homens do que entre as mulheres (54,2% vs. 38,6%).

Tabela 5–Distribuição das pessoas usuárias de crack por gênero, segundo histórico de violência e de encarceramento. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015.

| Variável | Identidade de Gênero | | | | χ^3 | valor de p | Total (N=1.052) | |
|---|----------------------|------|-------------------|------|----------|------------|-----------------|------|
| | Masculino (N = 793) | | Feminino (N= 259) | | | | n | % |
| | n ² | % | n ² | % | | | | |
| Sofreu violência psicológica⁴ | | | | | 0.13 | 0.719 | | |
| Sim | 663 | 83,6 | 219 | 84,6 | | | 882 | 83,8 |
| Não | 130 | 16,4 | 40 | 15,4 | | | 170 | 16,2 |
| Sofreu violência física⁵ | | | | | 1.40 | 0.237 | | |
| Sim | 678 | 85,5 | 229 | 88,4 | | | 907 | 86,2 |
| Não | 115 | 14,5 | 30 | 11,6 | | | 145 | 13,8 |
| Sofreu violência sexual⁶ | | | | | 241.08 | <0.001 | | |
| Sim | 77 | 9,7 | 142 | 54,8 | | | 219 | 20,8 |
| Não | 716 | 90,3 | 117 | 45,2 | | | 833 | 79,2 |
| Foi preso | | | | | 19.04 | <0.001 | | |
| Sim | 430 | 54,2 | 100 | 38,6 | | | 530 | 50,4 |
| Não | 363 | 45,8 | 159 | 61,4 | | | 522 | 49,6 |

Fonte: a autora.

Notas: ¹sofreu violência ou foi preso alguma vez na vida;²a diferença entre o total geral e o total para cada variável deve-se as informações ignoradas ou que não se aplicam, bem como à possibilidade de múltiplas respostas.³teste estatístico Qui-Quadrado; ⁴relato de ter sido chantageado, humilhado, ridicularizado e ameaça em algum momento da vida. ⁵relato de agressão física por meio de espancamento, uso de arma branca ou fogo em algum momento da vida. ⁶relato de ter submetido a quaisquer atos libidinosos ou penetração sexual contra à vontade em algum momento da vida.

A Tabela 6 mostra, de forma mais detalhada, os aspectos relacionados às ocorrências de violência sexual. No geral, a maioria das vítimas não associou o episódio de violência sexual com o uso de drogas (59,8%), e não se observou diferenças por gênero. Quanto ao grau de parentesco do agressor com a vítima (tipo de agressor), para o total da amostra, a maior proporção referiu que foi vítima de pessoas estranhas (44,6%), seguido de amigos ou conhecidos (37,4%); os menores percentuais foram cônjuge (9,5%) e familiares (8,5%). Em relação à faixa etária, 41% sofreu violência na adolescência (10 a 19 anos) e 29,7%, entre 20 e 24 anos; chama a atenção relatos de violência sexual ocorridos ainda na infância (9%).

Tabela 6–Distribuição das pessoas usuárias de crack por gênero, segundo características relacionadas à ocorrência de violência sexual. Programa ATITUDE, Pernambuco, agosto de 2014 a agosto de 2015.

| Variável | Identidade de Gênero | | | | χ^2 | valor de p | Total | |
|--|------------------------|------|----------------------|------|----------|--------------|-----------|------|
| | Masculino (N = 793) | | Feminino (N= 259) | | | | (N=1.052) | |
| | n ¹ | % | n ¹ | % | | | n | % |
| Agressão sexual relacionada ao uso de drogas | | | | | <0.00 | 0.986 | | |
| Sim | 31 | 40,3 | 57 | 40,1 | | | 88 | 40,2 |
| Não | 46 | 59,7 | 85 | 59,9 | | | 131 | 59,8 |
| Tipo de agressor | | | | | 11.11 | 0.011 | | |
| Cônjuge | 8 | 11,1 | 12 | 8,6 | | | 20 | 9,5 |
| Familiares | 5 | 6,9 | 13 | 9,4 | | | 18 | 8,5 |
| Amigo/ Conhecido ³ | 37 | 51,4 | 42 | 30,2 | | | 79 | 37,4 |
| Estranhos ⁴ | 22 | 30,6 | 72 | 51,8 | | | 94 | 44,6 |
| Sofreu violência na infância (<10 anos) | | | | | 0.07 | 0.781 | | |
| Sim | 7 | 9,7 | 12 | 8,6 | | | 19 | 9,0 |
| Não | 65 | 90,3 | 128 | 91,4 | | | 193 | 91,0 |
| Sofreu violência na adolescência (10 a 19 anos) | | | | | 0.02 | 0.880 | | |
| Sim | 29 | 40,3 | 58 | 41,4 | | | 87 | 41,0 |
| Não | 43 | 59,7 | 82 | 58,6 | | | 125 | 59,0 |
| Sofreu violência jovem (20 a 24 anos) | | | | | 5.50 | 0.019 | | |
| Sim | 14 | 19,4 | 49 | 35,0 | | | 63 | 29,7 |
| Não | 58 | 80,6 | 91 | 65,0 | | | 149 | 70,3 |
| Sofreu violência adulto (25 a 59 anos) | | | | | 3.55 | 0.060 | | |
| Sim | 24 | 33,3 | 30 | 22,9 | | | 54 | 25,5 |
| Não | 48 | 66,7 | 110 | 77,1 | | | 158 | 74,5 |
| Frequência da agressão | | | | | 1.49 | 0.474 | | |
| Raramente | 49 | 68,1 | 106 | 75,7 | | | 155 | 73,1 |
| Às vezes | 15 | 20,8 | 21 | 15,0 | | | 36 | 17,0 |
| Frequentemente | 8 | 11,1 | 13 | 9,3 | | | 21 | 9,9 |

Fonte: a autora.

Notas:¹a diferença entre o total geral e o total para cada variável deve-se as informações ignoradas ou que não se aplicam, bem como à possibilidade de múltiplas respostas;²teste estatístico Qui-Quadrado;³conhecidos: familiares (pai, mãe, filhos, padrastos, madrastas, irmãos, outros familiares), amigos e colegas, conhecidos da família, pessoas do trabalho, creche ou abrigo;⁴estranhos: pessoas estranhas, traficantes e policiais.

Quando os dados são estratificados por gênero, apenas há diferenças no tipo de agressor e ter sofrido violência na idade de 20 a 24 anos: os homens foram mais vitimizados por agressores amigos ou conhecidos quando comparados às mulheres (51,4% vs. 30,2%, respectivamente, já as mulheres foram mais agredidas por estranhos (51,8% vs. 30,6%) e familiares (9,4% vs. 6,9). Obteve-se uma maior proporção de mulheres que referiram ter sido agredida na faixa etária de 20 a 24 (35%) quando comparada aos homens (19,4%), estatisticamente significativa.

6 DISCUSSÃO

6.1 Perfil sociodemográfico

O uso abusivo de crack é uma demanda social complexa e urgente que suscita amplos debates e propostas de enfrentamento a partir de uma lógica de redução das desigualdades e melhorias de acesso aos direitos sociais (CONCEIÇÃO et al., 2016; KESSLER; PECHANSKY, 2008). De acordo com os dados do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (NAÇÕES UNIDAS, 2014), observam-se diferenças continentais em relação ao consumo de crack, no qual os países desenvolvidos têm diminuído o consumo de cocaína e seus derivados, porém nos países em desenvolvimento, como o Brasil, o consumo tem aumentado.

Na atualidade, o consumo de crack tem gerado vários questionamentos acerca do perfil desses usuários, assim como da melhor maneira de atender às suas necessidades (RODRIGUES, et al., 2017). A partir dos resultados obtidos neste estudo, observa-se que os indivíduos estão inseridos em um contexto de acentuada vulnerabilidade social, de riscos à saúde e de violência e criminalidade, e assim representam um seguimento da população brasileira que é marginalizada, estigmatizada, criminalizada e invisibilizada pelo Estado no que tange ao exercício da cidadania no acesso aos direitos sociais como educação, renda, trabalho e moradia. De modo geral, o perfil sociodemográfico observado foi predominantemente representado por indivíduo do gênero masculino, adultos jovens, com até 34 anos de idade, não-brancos (pretos, pardos, amarelos e indígenas), solteiros, sem religião, com baixa escolaridade e baixa condição socioeconômica. Tais resultados corroboram com o perfil observado em cenas abertas de uso de crack, no Brasil (BASTOS; BERTONI, 2012) e em estudo realizado em seis capitais brasileiras (HALPERN et al., 2017), bem como com os perfis descritos para as cidades São Paulo (OLIVEIRA; NAPPO, 2008), João Pessoa (ALMEIDA et al., 2014), Rio de Janeiro e Salvador (BERTONI et al., 2014), e ainda entre usuários de crack em Ohio nos Estados Unidos (CARLSON; FALCK; WANG, 2007).

Porém, ao comparar com o perfil sociodemográfico de usuários de crack Afro-americanos em Houston (ATKINSON et al., 2010) e de El Salvador (DICKSON-GOMEZ et al., 2012), foi observado maior proporção de indivíduos com idades superiores a 30 anos, além de diferenças em termos de nível de escolaridade (TURNER, 2014). Esses achados podem ocorrer por razão dos múltiplos contextos sociais envolvendo países com graus de

desenvolvimento distintos, assim como da cultura e do cenário socioeconômico em que esses indivíduos estão inseridos.

Os dados obtidos com relação a faixa etária, também coincide com o perfil nacional apresentado por Bastos e Bertoni (2012), que durante sua coleta de dados não observou uma quantidade expressiva de crianças e adolescentes em cenas abertas de uso de crack. Mesmo sem representarem uma grande parcela do total de usuários, estudos demonstram evidências de importante consumo de crack por crianças em situação de rua no Brasil (KESSLER; PECHANSKY, 2008; NAPPO et al., 1994; OLIVEIRA; NAPPO, 2008), sendo necessária outras investigações que incorporem o debate sobre a população infanto-juvenil em cenários de uso de crack.

No tocante à situação de moradia, o percentual de usuários de crack vivendo em situação de rua (55,2%), nos 30 dias anteriores à entrevista, foi superior aos dados verificados em estudo nacional (40%) (BASTOS; BERTONI, 2012), e em estudos realizados no Recife (22,0%) (SANTOS, 2013) e em João Pessoa (52,9%) (ALMEIDA et al., 2014). No entanto, é válido destacar que a maior proporção obtida neste trabalho pode ser decorrente de se tratar de uma população com inserção em um programa de proteção social, cujo propósito é atender pessoas que vivem em contextos de grande vulnerabilidade social, apontando tanto para uma maior exposição dessa população a precárias situações socioeconômicas, quanto para questões relacionadas à situações de violência e de criminalidade.

Ao analisar a questão do trabalho, ocupação e renda, foi verificado que a maioria dos entrevistados possui um perfil de baixa condição socioeconômica, atuando em trabalhos irregulares (46,1%) ou desempregados no momento da entrevista (44,4%), e um pouco mais da metade com renda mensal inferior ao salário mínimo, obtendo renda principalmente por meio de trabalhos por conta própria (51,9%) e atividades ilícitas (26,1%), como roubos, furtos, tráfico de drogas, entre outras. Chama a atenção que 13,5% dos participantes referiram comercializar sexo, ou seja, trocaram sexo por dinheiro, especialmente para comprar drogas. A proporção de comercialização de sexo observada foi aproximadamente duas vezes superior à verificada no Perfil Nacional sobre o Uso de Crack (7,4%) (BASTOS; BERTONI, 2012) e dez vezes maior do que a verificada na população geral (1,3%), segundo dados da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (BRASIL, 2011b).

Oliveira e Nappo (2008) apontam que o maior envolvimento da população usuária de crack em atividades de comercialização de sexo está relacionado à baixa escolaridade e a falta de qualificação profissional, consequência da dificuldade de acesso a melhores condições de trabalho, num cenário de uso nocivo de crack. Além disso, questões inerentes ao consumo do

crack, como a fissura, também contribuem para esses indivíduos realizarem essa atividade, mesmo não sendo trabalhadores do sexo (ARAÚJO et al., 2008).

O mercado do sexo é uma prática comum de sobrevivência em populações vulneráveis. Segundo Barra et al. (2010), o conceito de vulnerabilidade, olhar ampliado além da dimensão biológica e do risco epidemiológico, reflete sobre as dinâmicas e realidades singulares dos processos socioculturais em relação a determinadas populações que historicamente são subalternizadas e invisibilizadas em suas demandas sociais. Entre essas populações, encontram-se pessoas em situação de rua, privadas de liberdade, população LGBT, profissionais do sexo, homens que fazem sexo com outros homens, indivíduos que vivem sob o estigma social de determinadas doenças infecciosas, usuários de drogas psicoativas, dentre elas o crack (MORAES; SILVA, 2011; OLIVEIRA, 2015; SOTERO, 2011). Segundo Lima (2017), elementos estruturais como fonte de renda, desigualdades no acesso a educação e trabalho, refletem a violação de direitos humanos fundamentais e assim aumentam as vulnerabilidades dessa população, pois as marginalizam e limitam suas oportunidades e sua capacidade de reduzir riscos em cenários sociais injustos.

Ao comparar os perfis de usuários de crack por gênero, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas em algumas das variáveis analisadas. As mulheres são mais jovens (média de idade = 27,3 anos, desvio-padrão = 6,7) do que os homens (média de idade = 29,7, desvio-padrão = 8,7)[dados não tabulados], com menor escolaridade (13,9% ingressaram no ensino médio vs. 21,6% dos homens) [Dados não tabulados], uma maior proporção que não trabalha (54,8% vs. 40,8%) e quando realizam alguma atividade que gera renda, ganham valores inferiores aos que os homens ganham (58,0% das mulheres referiram renda menor do que um salário mínimo vs. 41,0% dos homens). Um aspecto que vale ressaltar é a maior proporção de mulheres, em comparação a de homens, que referiam ter vínculo familiar, como estar casada ou em união estável (27,8% vs. 17,1%) e morar com o cônjuge (21,3% vs. 8,8%) ou familiares (35,3% vs. 29,6%).

Dentre os aspectos sociodemográficos analisados, é alarmante o maior envolvimento feminino no trabalho sexual, sendo 10 vezes maior a proporção para as mulheres quando comparadas aos homens (42,1% e 4,2%, respectivamente). Essa diferença entre mulheres e homens é semelhante à observada, por sexo, entre consumidores de crack na cidade de São Paulo (OLIVEIRA; NAPPO, 2008) e de Recife (2013), mas é superior à verificada no Perfil Nacional sobre o Uso de Crack, que estimou engajamento em trabalho sexual ou troca de sexo por dinheiro de 55,3% para as mulheres e 14,6% para os homens (BASTOS; BERTONI, 2012). Destaca-se que, apesar da diferença entre homens e mulheres ser maior, as proporções

verificadas para cada grupo foram inferiores às verificadas no Perfil Nacional sobre uso de Crack. Por outro lado, essas proporções de comercialização de sexo foram superiores as encontradas em estudos realizados entre usuários de crack residentes no Rio de Janeiro e em Salvador (28,6% entre as mulheres e 4,0% entre os homens) (BERTONI et al., 2014) e entre usuários de cocaína da Inglaterra (15,1% entre as mulheres e 2,1% entre homens) (GILCHRIST et al., 2015).

As diferenças entre homens e mulheres em relação ao trabalho sexual não se limitam aos números. Nas últimas décadas, em cenários de uso abusivo de crack, observa-se o surgimento de algumas questões como “prostituição compulsória”, ou seja, homens “emprestam” suas companheiras para traficantes no momento da negociação de dívidas no tráfico de droga, utilizando-as enquanto mercadoria. Além das novas modalidades da prostituição, observa-se, como meio para conseguir a droga, ainda que de forma mais tímida, o aumento da participação de homens na comercialização de sexo com outros homens, mesmo não tendo orientação sexual homoafetiva (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

De uma maneira geral, as diferenças sobre gênero, destacadas a partir dos resultados sociodemográficos, chamam a atenção para a acentuada vulnerabilidade das mulheres nas questões relativas ao uso abusivo de crack e ligadas à própria estrutura de subjugação feminina pelas desigualdades de gênero, resultando em maiores proporções de agressões sexuais entre elas. Tais cenários de vulnerabilidade podem interferir diretamente sobre sua situação de saúde mental, sexual e reprodutiva, sendo ainda verificado maior risco para DST e para infecção pelo HIV (SANTOS, 2013).

6.2 Comportamento sexual

As características relacionadas à vida sexual consistiram em perguntas sobre as práticas sexuais exercidas nos últimos 12 meses em relação a idade da primeira relação sexual, quantidade e tipo de parceiros íntimos (fixo, casual e comercial) e ocorrência de DST.

Em relação ao início da vida sexual, a maioria (67,2%) teve o primeiro intercursos sexual antes dos 15 anos de idade. Esse resultado difere do perfil referido pela população geral brasileira, na qual tradicionalmente são os homens que iniciam as atividades sexuais mais cedo, 37,0% tem a primeira relação antes dos 15 anos, proporção que nas mulheres é de 17% (BRASIL, 2011b).

É importante aqui ressaltar que o Código Penal brasileiro (BRASIL. Presidência da República, 2009) entende por crime sexual contra vulnerável (Artigo 218) quaisquer situações

de conjunção carnal ou prática libidinosa envolvendo menores de 14 anos de idade, independentemente de ter havido consentimento da criança ou adolescente. Em consonância com esse documento legal, o Supremo Tribunal Federal solidificou em 2017 a jurisprudência em relação a situações de relações sexuais envolvendo menores de 14 anos, definindo tais situações como estupro de vulnerável.

Nesse sentido, os achados deste estudo chamam a atenção para a alarmante questão de que o início precoce da vida sexual pode, na realidade, revelar uma situação de agressão sexual sofrida por essa população ainda na juventude. Nappo (2004), em estudo sobre comportamentos de riscos em mulheres usuárias de crack, revela que 13 das 75 participantes do seu estudo afirmaram que a sua primeira relação sexual foi por meio de um estupro, ocorrido na infância ou pré-adolescência, sendo esse episódio um fator traumático em suas histórias de vida e a precocidade nas vivências sexuais. Além disso, Gutierrez e Puymbroeck (2006) afirmam que o abuso sexual e físico na infância e adolescência pode ocasionar danos psicológicos e no desenvolvimento infantil, tais com a baixa autoestima, depressão, transtornos cognitivos, ansiedade, bem como influenciam na experimentação de substâncias psicoativas, constituindo um fator de risco para o uso regular de álcool e outras drogas.

Em outro estudo de base amostral probabilística sobre a população brasileira (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008), o abuso sexual foi identificado como fator de risco para o consumo de drogas ilícitas e o uso regular de álcool.

Por outro lado, o início precoce da vida sexual também pode apontar outras questões socioculturais que permeiam a vida dessa população. A vivência da sexualidade em indivíduos em situação de exclusão social pode ser exercida como uma forma de reconhecimento afetivo diante da fragilidade dos vínculos familiares, ausência da figura paterna, violência doméstica com recorrência de abusos físicos e sexuais, baixa autoestima, entre outras situações (SOUZA et al., 2009). Assim, investigações sobre a relação entre o início da vida sexual e violência sexual fazem-se importantes para ampliar o olhar sobre os determinantes e condicionantes em saúde envolvidos nesse processo.

Outra questão que nos chama a atenção é a proporção de 40,9% dos entrevistados que referiram ter tido 10 ou mais parceiros sexuais nos últimos 12 meses (75,6%) e fixos (70,6%). Nas relações com parceiros sexuais casuais, o envolvimento com esse tipo de parceiro foi mais frequentemente entre os homens quando comparados com as mulheres (76,8% vs. 71,8%), corroborando com estudo nacional (BASTOS; BERTONI, 2012) e com estudo em Houston, Texas (ATKINSON et al., 2010).

É válido destacar que o grande número de parceiros sexuais entre usuários de crack do Programa ATITUDE é um perfil semelhante ao observado entre usuários de crack recifenses (SANTOS, 2013), brasileiros (BASTOS; BERTONI, 2012) e Canadenses (BUGAY, 2010). Entretanto, a multiplicidade de parceiros sexuais observada no presente estudo (40,9%) revela uma proporção cinco vezes maior quando comparada com a estimativa para a população geral brasileira (8,8%), assim como contrasta com a proporção de 22,5% da população nordestina, entre 15 a 64 anos, que referiram ter mais de 10 parceiros sexuais durante a vida (BRASIL, 2011b). Esta diferença provavelmente está relacionada ao maior engajamento na comercialização do sexo observada na população estudada.

No tocante ao tipo de parceiro íntimo, constata-se que a população deste estudo referiu maior envolvimento em relações sexuais com parceiros casuais (75,6%) e fixos (70,6%). Apesar das parcerias sexuais comerciais representarem menor percentual (36,1%), esse dado aponta um aspecto importante do comportamento sexual dos entrevistados. Na análise entre homens e mulheres, verifica-se diferenças importantes na maioria dos aspectos relacionados às características sobre comportamento sexual discutidas neste estudo, apontando disparidades de gênero embutidas nesse processo.

De forma geral, as mulheres apresentaram proporções significativamente maiores quando comparadas aos homens em relação ao início da vida sexual mais cedo (76,8% vs. 64,1%), maior quantidade de parceiros sexuais no último ano (54,4% vs. 36,4%) e multiplicidades de parcerias sexuais, ou seja, mantiveram relações tanto com parceiros fixos (80,3% vs. 67,5%) como comerciais (66,4% vs. 26,2%). Ao analisar estudos que realizaram abordagem sobre o perfil de mulheres usuárias de crack, observa-se semelhanças, como na análise realizada no Perfil Nacional sobre Uso de Crack (BASTOS; BERTONI, 2012), e nos estudos realizados no Rio de Janeiro e Salvador (BERTONI et al., 2014) e no Canadá (BUGAY, 2010). A maior proporção de mulheres usuárias de crack com início precoce da vida sexual é observada na literatura, que indica que mais da metade dessas mulheres tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos de idade (LINS, 2011; MORAES, 2011; NAPPO et al., 2004; NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011; NUNES et al., 2007).

No tocante a parceria sexual casual, os homens apresentaram maior envolvimento quando comparados com as mulheres (76,8% vs. 71,8%), corroborando com estudo nacional (BRASIL, 2014) e em investigação sobre usuários de crack em Houston (ATKINSON et al., 2010).

Foram verificadas elevadas taxas de ocorrência de IST alguma vez na vida entre os usuários de crack estudados, com valores acima dos observados na população geral brasileira

(BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b). Entre os homens entrevistados, 39,4% referiram pelo menos um sintoma ou sinal relacionado a alguma DST em seu histórico de saúde nos últimos 12 meses. Mais uma vez as mulheres apresentam um incremento na proporção de antecedentes de DST (59,3%), resultado que se destaca do percentual apresentado pela população geral feminina brasileira, entre 15 e 64 anos, que é de 9,5% (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b).

Estudo realizado com adolescentes de 10 periferias do Rio de Janeiro (TAQUETTE; MEIRELLES, 2012) revelou que mulheres pertencentes a um contexto socioeconômico desfavorável, com reduzidas oportunidades de escolhas de vida, são direcionadas a um processo de desvalorização afetivo-sexual. Além disso, o estudo coloca que os padrões e expressões das desigualdades de gênero colocam as mulheres em uma situação de maior exposição a DST/HIV por razão das dificuldades em negociar o uso de preservativos.

É importante destacar que as maiores proporções femininas em relação ao início precoce da vida sexual, multiplicidade de parceiros, trabalho sexual e maior vulnerabilidade à DST reforçam a forma, ou melhor, os padrões de gênero que operam na vida das mulheres, realidade que não é diferente para as usuárias de crack. A mercantilização do corpo e da vida das mulheres envolve principalmente o plano da sexualidade, sendo marcadas pelas relações opressivas que as mesmas vivem na sociedade. Ao mesmo tempo em que há um controle sobre o corpo feminino a partir dos discursos moralistas e religiosos, também existe uma banalização da sexualidade feminina, exposta incansavelmente pela mídia, estimulando aparentemente a vivência da sexualidade, porém trazendo consigo aspectos de coisificação e mercantilização do corpo das mulheres (CEREGATTI et al., 2013).

Nos últimos anos, mesmo com a realização de estudos que se debruçam sobre as características relacionadas ao comportamento sexual de usuários de crack (ALMEIDA et al., 2014; BASTOS; CONCEIÇÃO, 2016; BERTONI, 2012; OLIVEIRA; NAPPO, 2008; SANTOS, 2013), ainda não há consenso sobre os insumos e estratégias necessárias para uma eficaz ação preventiva, capaz de minimizar a propagação de diversas doenças infecciosas associadas ao consumo dessa substância, bem como sobre uma diretriz eficaz de saúde pública, que possa auxiliar na solução dos problemas decorrentes do consumo abusivo e dos agravos à saúde dos usuários. ‘

Alinhado a isso, os achados aqui discutidos permitem inferir que comportamentos e práticas sexuais com caráter precoce, relações sexuais não protegidas, principalmente casuais e comerciais, podem influenciar, ainda na adolescência, a chance dessa população adquirir e transmitir doenças sexualmente transmissíveis, além de ser um indicativo para maior

vulnerabilidade a situações de violência sexual. Assim, sugere-se a necessidade de pesquisa que possa contribuir no entendimento dos problemas e na proposição e avaliação de propostas de enfrentamento às situações de violência, principalmente sexual, no sentido de direcionar-se as realidades locais e com o foco nas disparidades de gênero e a violência sexual.

Segundo dados do Departamento Nacional de Vigilância das DST, Aids e Hepatites, estima-se que a incidência anual de DST no país é de aproximadamente 10 a 12 milhões de casos, incluindo proporções significativas de casos de DST não curáveis, como herpes, papilomavírus humano (HPV), hepatite B e o HIV (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011b). Considerando que os usuários de drogas se inserem enquanto populações vulneráveis a tais infecções, torna-se válido compreender as dinâmicas das práticas sexuais vivenciadas por usuários de drogas, em especial de crack e, conseqüentemente, traçar estratégias de prevenção especificamente direcionadas a prevenção e melhora da qualidade da assistência em saúde para a referida população em termos de integralidade e equidade em saúde.

6.3 Acesso a serviços de saúde e da assistência social

No Brasil, há poucas informações sobre o acesso de pessoas usuárias de crack à rede de saúde e proteção social, especialmente ao SUS e ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Algumas evidências (CUNHA et al., 2015; DUAİLİBİ et al., 2008) sugerem que esses indivíduos procuram por atendimento de saúde em momento de urgência clínica, mas há pouca adesão no seguimento do tratamento, assim como há fragilidade das políticas e serviços que melhorem a fixação dos usuários nesses dispositivos de cuidado. Desse modo, são necessários esforços para atender melhor aqueles que acessam com dificuldade o sistema de saúde e da assistência social. Além disso, a população usuária de crack enfrenta dificuldades de acesso aos serviços de saúde por razão do estigma e preconceito, fruto de todo o processo de repressão ao uso de drogas ilícitas, principalmente o crack.

De modo geral, observou-se uma importante proporção de utilização de serviços de saúde (60,6%) e para tratamento da dependência química (57,0%) no último ano, percentual que pode ser justificado por razão dos entrevistados estarem inseridos em um programa social que dispõe de profissionais de saúde que fazem os encaminhamentos e as articulações necessárias para inserção desses indivíduos em serviços de testagens, prevenção e/ou tratamento de doenças, como os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços para tratamento da tuberculose, serviços de urgência e

emergência, etc. Ao comparar com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), verificou-se que a proporção de acesso à serviços de atenção à saúde (60,6%) foi menor quando comparada a estimativa encontrada para a população geral brasileira de acesso a pelo menos uma consulta médica no último ano (70%) (IBGE, 2010a). Assim, é possível reforçar a importância do Programa ATITUDE que tem se mostrado como importante dispositivo para a rede de cuidado de pessoas que fazem uso de drogas, favorecendo a articulação entre os serviços e exercendo apoio para o acesso dos usuários de crack às redes do SUS e SUAS.

Ao comparar o acesso aos distintos serviços de saúde, observa-se elevado percentual de utilização de unidades de urgência e emergência (42,3%) em relação aos serviços da atenção básica como unidades de saúde da família, ambulatórios e entre outros (29,6%). Esse achado pode indicar que existem entraves no acesso nesses serviços territorializados, como é o caso das unidades de saúde da família, bem como baixo acesso a serviços de abordagem de rua (8,4%), mesmo considerando o perfil da população que vive em situação de rua e baixo acesso a programas de emprego e renda.

Sabe-se que as vulnerabilidades associadas ao consumo de crack, além de seu alto potencial de causar fissura, frequentemente contribuem para a dependência compulsiva, acarretando danos sobre a saúde como distúrbios pulmonares, maior risco à DST e à infecção pelo HIV, hepatites, isolamento social, quebra de vínculos familiares, violências, entre outras situações que corroboram para diminuição da qualidade de vida, perda de esperança na conquista de projetos pessoais e dificuldades de acesso a serviços de saúde e outros. É válido destacar que alguns desses aspectos acentuam-se por razão da própria política proibicionista, que demanda pouco ou nenhuma intervenção terapêutica à população usuária de drogas, atuando apenas em ações focadas na criminalização do sujeito que consome a droga, aumentando ainda mais a vulnerabilidade dessas pessoas (RAMIRO et al., 2014).

Conceição et al. (2017) ao entrevistar 132 pacientes usuários de crack que buscavam tratamento em Brasília, apontou que a maioria apresentou co-morbidades psiquiátricas como depressão e distúrbios de ansiedade, com destaque para ideação suicida (31,7%) a partir de uma avaliação por meio de questionário de caracterização do perfil do usuário de crack (Cocaine Craving Questionnaire- Brief – CCQ-B). Outro estudo de base populacional, com 1.560 usuários de crack de Pelotas (NARVAEZ et al., 2015), ao comparar a qualidade de vida da população brasileira geral com a das pessoas usuárias de crack, observou-se que esses sujeitos viviam em precárias condições, sendo isso forte indicativo para uma maior procura por cuidados em saúde. Dessa forma, é possível compreender que tais aspectos reforçam a

necessidade de implantação e fortalecimento de eficientes intervenções terapêuticas que possam lidar com as complexas demandas em saúde apresentadas por essa população a partir de uma perspectiva que aborde e apóie em todas as dimensões do humano, física, mental e espiritual.

Como já mencionado, essa população possui severas dificuldades em acessar e permanecer em serviços, tanto pela própria fragilidade da rede em acolher sem discriminar, quanto por questões relacionadas à fissura e ao desejo do usuário de permanecer consumindo crack. Dessa forma, o papel do Programa ATITUDE é de extrema importância para o cuidado e garantia de cidadania desses indivíduos. O programa atua enquanto um lugar estratégico para o cuidado de usuários de crack vítimas de violência, inclusive na articulação da rede, e para a prevenção da violência, mesmo com limitações enquanto indutor de mudanças sociais. A instituição atua em uma perspectiva de prevenção a partir do acolhimento, envolvendo também em relação as ameaças de morte, como o próprio trabalho em discutir com os usuários sobre violência e situação de risco, o apoio pelo CRAS e CREAS, incluindo as tentativas de reestabelecimento de vínculos afetivos e familiares.

Em relação à utilização de preservativo, mais da metade dos entrevistados (66,4%) referiram ter tido acesso ao insumo no último ano, entretanto essa proporção ainda é inferior ao observado em estudo realizado com usuários de crack de Recife (75,0%) (SANTOS, 2013) e em populações que vivem em situação de maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV, como homens que fazem sexo com outros homens (72%) e mulheres profissionais do sexo (77%) (BRASIL, 2010b). Essa menor proporção pode ser um reflexo das dificuldades desses sujeitos, que se encontram em extrema fragilidade social, perfil do público atendido pelo Programa ATITUDE, em sua maioria vivendo em situação de rua, em acessar serviços de saúde e conseqüentemente insumos de prevenção de DST. Tal achado aponta para a necessidade de se discutir o acesso a tais insumo nos dispositivos do ATITUDE, como também por meio das abordagens sociais de rua.

No tocante as diferenças significativas entre os gêneros na utilização de serviços de saúde, foram observadas uma proporção mais elevada deste relato nas mulheres em comparação com os homens (66,9% vs. 58,4%), achado que coincide com o perfil nacional de usuários de crack (BASTOS; BERTOINI, 2012) e na população geral brasileira, conforme dados do PNAD (BRASIL, 2010a), 76,0% e 58,8%, respectivamente. Outro aspecto importante foi o maior acesso feminino em serviços de abordagem de rua (12,7% vs. 6,9%) que podem indicar melhor diálogo e menor resistência da população feminina com as equipes de abordagem de rua no momento da abordagem, interação e cuidado.

Vale dizer que historicamente as mulheres apresentam maior assiduidade a serviços de saúde em detrimento dos homens. Segundo Pinheiro et al. (2002), em sociedades contemporâneas o maior acesso feminino a serviços de saúde pode estar relacionado a maiores morbidades e problemas psicológicos, dentre eles queixas associadas a situações de violência, recorrência de DST e necessidade de cuidados na saúde reprodutiva (consulta ginecológica, citologia oncológica ou preventivo, pré-natal, parto e puerpério).

O SUS, em seus princípios e diretrizes norteadores, se propõe a garantir o acesso equânime, levando em consideração a heterogeneidade estrutural entre indivíduos, segmentos sociais e comunidades. Entretanto, existem alguns obstáculos no ingresso aos serviços de saúde, principalmente para populações socialmente menos favorecidas, inclusive a usuária de drogas. Oliveira (2015) pontua que promover cuidados em saúde para pessoas que fazem uso de crack, envolve diversos fatores associados à oferta como a existência da estrutura do serviço, melhor acessibilidade para todo indivíduo que realize a procura, definição das necessidades apresentadas pela população e seguimento na rede de saúde e de apoio social.

Ao olhar para populações vulneradas como a usuária de crack, esses atributos são somados a outros desafios como a qualificação do acolhimento sem discriminação e repressão, seguimento dos processos terapêuticos, considerando que as maiorias desses usuários não possuem endereço fixo e tem baixa escolaridade e renda. Melhores práticas assistenciais como acolhimento humanizado, projeto terapêutico singular, matriciamento e articulação intersetoriais são vitais para a garantia de um cuidado qualificado e integral.

6.4 Consumo de Crack

A partir da década de 1990, o consumo de crack cresceu expressivamente em todo mundo, levantando questões problemáticas de âmbito individual e social, incluindo questões relacionadas à situação de saúde. A substância surgiu primeiramente nos Estados Unidos entre 1984 e 1985, sendo fabricada por meio de processos caseiros para ser consumidos por grupos, caracterizados principalmente por pessoas jovens, do gênero masculino e em situação de rua. No Brasil, o primeiro relato de uso de crack data de 1989, na cidade de São Paulo, percebendo-se nas últimas décadas sua descentralização para outras regiões do país, principalmente para o norte e nordeste (RODRIGUES et al., 2017).

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e outras Drogas (LARANJEIRA et al., 2012), estima-se que mais de 2 milhões de brasileiros já consumiram cocaína fumada (crack/merla/oxi) ao menos uma vez na vida. Além disso, o país representa

20% do consumo mundial de cocaína e crack, caracterizando-se como o segundo maior mercado de crack do mundo. De maneira geral, o uso de crack é marcado pelos seus efeitos rápidos e poderosos, capazes de provocar dependência. Assim, o contexto de vulnerabilidade que envolve a vida dos usuários de crack pode ser intensificado a partir do consumo compulsivo da substância, corroborando para maiores exposições a outras situações agravantes para a saúde, dentre as quais se destacam as doenças sexualmente transmissíveis e violências (RAMIRO et al., 2014).

Para compreender as vulnerabilidades presentes nos contextos de uso abusivo de crack é necessário compreender aspectos sobre drogadição partindo dos discursos contemporâneos que enfocam a droga (em si) e ampliando para a toxicomania, ou seja, concepção que usuários são indivíduos com construções socio-históricas que estabelecem certa relação com o objeto droga, tornando-a um instrumento de alívio do sofrimento humano (TOMM; ROSO, 2013). Nesse sentido, olhar sobre a toxicomania consiste também em trabalhar com a promoção da saúde e a redução de danos. Para tanto, é preciso uma atitude de reflexão ética dos fatos, dos acontecimentos e das dinâmicas sociais que permeiam o uso abusivo de crack. Assim, em uma tentativa de conhecer as práticas de consumo dessa população, apresentam-se o perfil geral dos entrevistados referente ao início do uso de crack, motivos para usar a droga e características sobre o padrão de consumo.

Quanto ao padrão de consumo de crack, a população deste estudo possui um perfil de uso constante e abusivo. Verificou-se que a maioria dos entrevistados experimentou crack antes dos 24 anos de idade e vem utilizando a droga há quase uma década (tempo médio de uso de 9 anos; desvio-padrão = 5,5; mediana = 8 anos), resultado discrepante com o perfil nacional de usuários de crack que apresentaram uma média de 6 anos de tempo de uso, mas similar ao observado para as capitais brasileiras (BASTOS; BERTONI, 2012) e em Brasília (CONCEIÇÃO et al., 2016). De maneira geral, o consumo é diário, descontrolado (sem controle da quantidade a ser consumida), chegando a ser consumido, por dia, em média 20 pedras de crack.

Em relação à idade de início do uso de crack, nota-se experimentação da substância, ainda na infância e adolescência, com idade mínima de 05 anos e mediana de 18 anos. Tais dados nos mostram que esses indivíduos se expuseram de forma imatura a uma carga de riscos relacionados ao cenário de uso abusivo de crack, sendo essa realidade observada para ambos os gêneros, nos indicando que desde cedo estão vivendo em situações de grande vulnerabilidade. Esse resultado é semelhante ao verificado em estudos desenvolvidos com escolares na rede pública de ensino nas capitais brasileiras (CARVALHO; SEIBEL, 2009;

CARLINI et al., 2010), com estudantes entre 14 e 17 anos em diversas regiões do Brasil (NARDI et al., 2012), com usuários do crack do interior do Rio Grande do Sul (TOMM; ROSO, 2013), bem como em estudo realizado em Los Angeles (TUCKER et al., 2014).

Quando abordados sobre o principal motivo pelo qual iniciaram o uso de crack, o mais frequente foi pela influência exercida por amigos, colegas e até familiares, dado similar ao analisado entre pessoas usuárias de crack do Brasil (BASTOS; BERTONI, 2012) e de Brasília (CONCEIÇÃO et al., 2017). Ademais, a representação social das influências dos amigos usuários no desencadeamento do consumo de crack demonstra que um indivíduo cujos amigos ou familiares consomem drogas, será mais facilmente levado a experimentar, do que aquele cujos amigos ou familiares evitam ou não estão de acordo com o consumo (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

As relações interpessoais presentes no cenário de uso abusivo de crack apontam também para maior propensão ao reinício do uso, assim como dificuldades para interromper o consumo diante das fortes influências do meio comunitário (GUIMARÃES et al., 2008). Além disso, infere-se que o consumo torna-se mais provável a partir dos relacionamentos sociais e os graus de influência de um sujeito sobre o outro, tais como parceiros, família, amigos, colegas entre outros.

Os participantes foram indagados a respeito de alguns aspectos sobre o seu consumo, mas não há como definir de forma exata o padrão de uso controlado ou compulsivo, pois existe uma subjetividade intrínseca para o reconhecimento destes “perfis” a partir da percepção de cada usuário sobre sua forma de consumir a droga. Assim, tal questão demanda outros estudos observacionais, de base epidemiológica e também qualitativa, para poder compreender melhor sobre os aspectos relacionados à cultura de uso de crack.

Reitera-se que o uso compulsivo e intenso do crack (uso repetido em um único dia) foi um achado presente durante os relatos dos participantes, sendo essa conduta frequentemente observada em outros locais (MALTA, et al., 2008; NAPPO et al., 2011; SANTOS, 2013). O consumo repetitivo do crack, também conhecido como padrão binge (NAPPO et al., 2004), pode ser melhor elucidado a partir do entendimento sobre os efeitos deletérios do crack sobre o organismo humano. A substância atua no sistema nervoso central, produzindo efeitos estimulantes de forma rápida e de curta duração, que provocam, após o término desse efeito, uma sensação de disforia e compulsão para usar novamente a substância. A literatura (DUAILIBE et al., 2008; NAPPO et al., 2005; RODRIGUES et al., 2017) conceitua esse processo por “caving” ou “fissura” que é o desejo de experimentar os efeitos da droga

constantemente como resultante de um estado de motivação a partir dos efeitos psicoativos da substância.

A fissura pode ser estruturada em etapas como (1) resposta à síndrome de abstinência; (2) resposta condicionada à estímulos ao prazer; (3) resposta condicionada à estímulos à droga e (4) tentativa de intensificar o prazer de determinadas atividades. Dentre os diversos modelos que tentam explicar a fissura, o psicossocial ou cognitivo, fundamentado na Teoria do Aprendizado Social (BANDURA, 1997), considera que aspectos psicológicos como estresse, problemas emocionais, memória do efeito provocado pela droga e as expectativas sobre o efeito (para muitos, a substância é o um instrumento de alívio diante de situações de violência, desemprego, problemas familiares, entre outros) são elementos importantes para compreender padrões de uso compulsivo e intenso de crack (ARAÚJO et al., 2008; NAPPO et al., 2004).

A fissura traz impactos severos sobre a situação de saúde dos usuários, pois o consumo repetitivo da droga pode durar dias e, nesse período, o indivíduo não se alimenta, não dorme e nem consegue manter os cuidados básicos de higiene, perdendo também o interesse por sua aparência física. Esse processo só finaliza quando a quantidade da droga termina ou o usuário está completamente esgotado de energia e disposição, fixando esse indivíduo em um ciclo entre consumo e fissura (NAPPO; SANCHEZ; D' OLIVEIRA, 2011).

No que tange ao consumo de crack, a análise por gênero aponta diferenças importantes entre homens e mulheres. Apesar de serem constatadas algumas características homogêneas entre os gêneros (padrão descontrolado, uso diário e obtenção do crack por atividade ilícita), mais uma vez, as mulheres apresentaram perfil de maior vulnerabilidade, ao iniciar o uso da substância mais cedo— o percentual que iniciou o uso antes dos 15 anos de idade é maior entre elas quando comparadas aos homens (14,3% vs. 4,8%). Marangoni e Oliveira (2013) chamam a atenção para fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso pelas mulheres, como questões de desigualdades de gênero, influência de companheiros inseridos em contextos de uso e tráfico de drogas e maior frequência de vivência de conflitos intrafamiliares, de abusos físicos e sexuais, de gravidez precoce, prostituição e outras vivências de situações traumáticas (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Vale destacar que enquanto expressiva parcela dos homens (42,3%) iniciou o uso de crack movidos por influências pessoais, como amigos e colegas, um terço (34,0%) das mulheres relataram que começaram a usar crack por razão de problemas emocionais, familiares e com parceiros íntimos, sendo muitas destas questões ligadas a situações de violência, percentual que entre os homens foi bem menor, 18,7%. Problemas familiares ou

perdas afetivas também foi relatado por 29,1% dos usuários de crack brasileiros (BASTOS; BERTONI, 2012) e em João Pessoa (ALMEIDA et al., 2014).

Além de iniciar mais cedo o uso, as mulheres consomem, em média, um maior número de pedras de crack por dia quando comparadas com os homens (10,7 vs. 8,4 pedras) (Dado não tabulado), assim como é maior a proporção de mulheres que referiram trocar sexo por crack ou dinheiro para comprar a droga nos últimos 30 dias, sendo esse resultado sete vezes superior ao observado na população masculina (40,9% e 5,3%, respectivamente), realidade também observada em mulheres usuárias de crack da região central do Brasil (GUIMARÃES et al., 2017) e em capitais brasileiras (BASTOS; BERTONI, 2012).

A relação entre comercialização de sexo e uso compulsivo de crack é observada de maneira similar em alguns estudos nacionais (AGUIAR, 2014; BASTOS; BERTONI, 2012; BERTONI et al., 2014; MARANGONI; OLIVEIRA, 2013; NAPPO et al., 2004; SANTOS, 2013), e internacionais (ATKINSON et al., 2010; BUGAY et al., 2010; HENRIQUES, 2001; INCIARDI et al., 2006; LEJUEZ et al., 2007), que apresentam padrões de distinção entre homens e mulheres na forma de obter crack, demonstrando maior envolvimento delas em atividades de comercialização de sexo, enquanto que a população masculina, na maioria das vezes, se envolve em trabalhos esporádicos (bicos) ou ilegais, principalmente no tráfico de drogas e assaltos.

No entanto, embora seja notória a maior participação feminina na comercialização de sexo para obter crack, também chama atenção o crescente envolvimento masculino. Verificase que o percentual de homens (5,3%) que se envolveram nessa prática foi superior ao verificado no Rio de Janeiro e Salvador (2,4%) (BERTONI et al., 2014), assim como esse achado esteve presente entre participantes do gênero masculino do estudo de Oliveira e Nappo (2008) e na Pesquisa Nacional sobre uso de Crack (BRASIL, 2014). Apesar de favores sexuais para obtenção de droga serem observados com menor frequência nos homens, em populações que moram ou vivem em situação de rua, como é o caso da maioria dos usuários deste estudo, é comum o relato de troca de sexo por drogas ou até mesmo por alimentos (BERTONI et al., 2014).

Em um estudo sobre as vivências sexuais de mulheres jovens usuárias de crack na cidade do Recife (AGUIAR, 2014), algumas das entrevistadas relataram que é mais fácil para as mulheres conseguir o crack porque elas podem acessar o corpo como moeda de troca para negociação. Além disso, para maioria das entrevistadas que trocaram sexo por crack, após o ato sexual houve sentimentos de remorso, culpa e decepção, porém tais emoções foram superadas pelo acesso ao crack. Esse achado permite perceber que o uso de crack expõe essa

população a quaisquer tipos de submissões, independente do custo para obtê-lo, atuando como instrumento de busca de prazer e cessação de sofrimento, num ciclo vicioso. A fissura pela droga contribui para práticas de venda de sexo e exploração sexual, consistindo em um ciclo de sujeição dessas mulheres aos cenários de opressão que são intensificados pela exclusão social e baixa autoestima, além de dificultar o desenvolvimento de estratégias de proteção.

Ao refletir sobre a submissão das mulheres na venda dos corpos para obtenção de crack, é inevitável relacionar tal problemática com o conceito sobre direitos sexuais e reprodutivos diante de cenários de uso abusivo de drogas. Aguiar e Menezes (2017) afirmam que os direitos sexuais atuam enquanto instrumento político, devendo garantir o direito de viver a livre sexualidade com prazer, autonomia nas escolhas sexuais, e no exercício de uma sexualidade responsável, livre e protegida de violência e coação.

Nesse sentido, a discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos se faz necessária para compreender a situação das mulheres usuárias de crack na maior submissão a práticas sexuais, que muitas vezes ocorre sem uso de preservativo ou métodos contraceptivos, em decorrência da maior intensidade de consumo da droga. Além dos traumas psicológicos, o trabalho sexual nesse contexto pode acarretar em maiores vulnerabilidades para violência sexual, DST, gravidez indesejada e exposição do feto a infecções e ao consumo de drogas (LINS, 2011; MORAES; SILVA, 2011; RAMIRO; PADOVANI; TUCCI, 2015).

Sabe-se que as últimas pesquisas relacionadas ao abuso de drogas ainda apresentam fragilidades para olhar de forma mais ampliada sobre as diferenças do consumo entre homens e mulheres, principalmente as singularidades apresentadas pelo gênero feminino e a sua maior vulnerabilidade para situações de exploração sexual, violências e encarceramento. É importante destacar também que a falta de informações específicas sobre o uso de crack entre mulheres termina por reforçar as fragilidades das políticas públicas, em especial da assistência social e saúde, no sentido de abordar as desigualdades e iniquidades de gênero, tratando de forma equânime as disparidades entre homens e mulheres. Assim, tais achados evidenciam a idade e o grupo de alcance que ações preventivas devem ser alvo, prioritariamente.

6.5 Histórico de violências e de encarceramento e caracterização das ocorrências de violência sexual

Em relação ao histórico de violências, quase a totalidade da população referiu ter sofrido algum tipo de violência alguma vez na vida (96,3%) (Dado não tabulado),

demonstrando um perfil com multiplicidades de agressões (psicológica, física e sexual), com envolvimento de agressores conhecidos e com destaque para ocorrência de violência durante a adolescência. As agressões físicas (86,2%) e psicológicas (83,8%) foram as mais frequentes, sem diferenças significativas entre homens (85,5% vs. 83,6%) e mulheres (88,4% vs. 84,6%). O contexto de violência física e psicológica vivenciado pela maioria dos entrevistados também se alinha ao verificado em pesquisa conduzida por usuários de crack na cidade do Recife (SANTOS, 2013) e em Brasília (CONCEIÇÃO et al., 2016).

Evidências de alguns estudos (BARDI et al., 2016; RODRIGUES; CONCEIÇÃO; IUNES, 2015) indicam que usuários de crack são expostos frequentemente a preconceitos e estigma pela representação construída socialmente por serem pessoas que não se encaixam nas normas e nos valores conservadores da sociedade.

A imagem sociocultural construída em torno do indivíduo que faz uso de crack, como uma pessoa envolvida em atividades criminosas e sem nenhuma perspectiva social, faz com que a sociedade o exclua e o negligencie, além de estimular abordagens repressivas. Destaca-se também o papel da mídia, principalmente a brasileira, que retrata de maneira uniforme esses indivíduos como pessoas criminosas que merecem ser excluídas, marginalizadas e violentadas. Nesses processos discriminatórios, elementos como racismo, pobreza e preconceito à população em situação de rua, se inserem enquanto possíveis fatores explicativos da intensidade de opressões ofertados contra essa população (BARDI et al., 2016; FERTIG, 2013).

É válido destacar também que a criminalização a pessoas que fazem uso de drogas, principalmente ao crack, corrobora que esses usuários estejam destinados à uma mortificação perpétua, que não possibilita qualquer caminho de solução para os seus problemas. Segundo Rotelli (1991 apud TOMM; ROSO, 2013) “a droga é ênfase, não é nem demoníaca e nem paradisíaca. É uma agente químico que amplifica os fenômenos e os processos micro/macrossociais”.

Mesmo apresentando menor percentual (20,8%) em comparação com os demais tipos de violência, as agressões sexuais destacaram-se tanto pela sua magnitude quando comparado com dados referentes à população geral, como por apresentar diferenças significativas entre homens e mulheres, revelando proporção de vitimização feminina cerca de cinco vezes maior quando comparada a de homens (54,8% vs. 9,7%). Maior vulnerabilidade feminina para situações de violência sexual também é observada em estudos realizados na capital pernambucana (42,5% vs. 12,4%) (SANTOS, 2013), em capitais brasileiras (46,6% vs. 7,5%) (BASTOS; BERTONI, 2012), região central do Brasil (38,1% vs. 8,2%) (GUIMARÃES et

al., 2017) e entre usuários de drogas ilícitas em Nova York (TURNER et al., 2014). Esses estudos verificaram maior frequência de atos violentos relacionados à sexualidade entre mulheres usuárias de crack, demonstrando que mesmo homens e mulheres pertencentes a um mesmo contexto de injustiças sociais, as relações de gênero pautadas no machismo, na subjugação do corpo da mulher enquanto objeto dos mercados sociais, tornam-se mais determinantes no processo de exposição para ocorrências de agressões sexuais quando comparadas com o próprio cenário de uso abusivo de crack.

Em outro estudo envolvendo usuárias de drogas residentes no Canadá (DUFF et al., 2013), sugere-se a possibilidade da relação entre maior recorrência de violência sexual e práticas de comercialização de sexo. Alinhado a isso, estudo transversal realizado com 2.523 mulheres profissionais do sexo em dez capitais brasileiras (LIMA et al., 2017), revela que 37,8% das participantes relataram ter sofrido violência sexual alguma vez na vida, sendo destacado pelo estudo a possível contribuição de componentes estruturais fundamentados nas desigualdades de gênero e de classe social como elos justificadores da maior vulnerabilidade das mulheres a situações de agressão sexual.

No tocante a caracterização das situações de violência sexual, apesar de serem mais frequentes as agressões praticadas por pessoas estranhas (44,6%), chama atenção o expressivo percentual de agressões sexuais cometidas por pessoas amigas e conhecidas da vítima (37,4%), inclusive familiares (8,5%) e parceiros íntimos (9,5%). Nascimento (2008) afirma que a violência praticada em ambiente familiar é um problema decorrente das relações interpessoais dos atores envolvidos (criança/adolescente, pais, tios, irmãos, conhecidos da família etc.), envolvendo um processo de imposição de maus-tratos à vítima diante dos conflitos do cotidiano, alguns deste por dificuldade em manter o respeito à autonomia entre os membros da família.

A violência entre adultos no âmbito familiar possui elevada frequência com acometimento em maior proporção para as mulheres, e tem como principal agressor o parceiro íntimo. Em um estudo transversal realizado com 245 mulheres residentes em uma comunidade de Recife (BARROS et al., 2016), observa-se importante prevalência (13,6%) de violência sexual ocorrida em ambiente familiar e, dentre os fatores associados aos relatos de agressão sexual, destaca-se o fato da mulher ser jovem, solteira e usar drogas, inclusive o crack (87,5%).

Em relação a idade da ocorrência da violência, a maioria dos entrevistados expressou ter sofrido agressão sexual durante a adolescência (41,0%), com destaque para 9,0% dos participantes que sofreram violência sexual ainda na infância. De acordo com Silva et al.

(2012), identificar situações de violência sexual contra crianças e adolescentes é algo de difícil reconhecimento e abordagem, tanto para a vítima que possui medo de revelar seu agressor e vergonha pelo acontecido, e seus familiares para lidar com o fato, quanto para os profissionais de saúde e de assistência social na abordagem e atenção à vítima. No geral, a problemática demanda dos setores e entidades envolvidas melhores estratégias de prevenção e cuidado imediato às vítimas.

Elevada proporção de vitimização infanto-juvenil também foi verificada a partir das informações do SINAN, representando metade (50,1%) das agressões sexuais notificadas na população brasileira (CERQUEIRA; COELHO; FERREIRA; 2017). Tal fato pode ser relacionado ao sistema de vigilância mais eficaz, composto por família, escola, conselhos tutelares e a comunidade, longe do necessário, mas muito mais amplo do que para outras faixas etárias. Considerando que as notificações de agravos à saúde são realizadas por profissionais da rede de saúde e da assistência social, a diferença de percentuais entre as populações analisadas pode sugerir uma maior subnotificação de registro de violência sexual para populações vulneráveis, como é o caso dos usuários de crack, revelando ainda a dificuldade de acesso desses indivíduos aos serviços de saúde e de amparo social e a consequente invisibilidade nos registros. Dessa forma, é urgente melhorias na estruturação das políticas de saúde e de assistência social na garantia do acesso dessa população aos cuidados em saúde.

Ao questionar sobre a relação da agressão sexual com o consumo de drogas psicoativas, a maioria dos participantes (59,8%) não vinculou a agressão ao uso de crack, achado também observado com frequência na literatura (BRASIL, 2011; NARVAEZ, 2014). Esse resultado pode sugerir que em situações de violência sexual, fatores como gênero, corpo e sexualidade são mais representativos para as vítimas do que os aspectos relacionados ao uso de crack ou outras drogas. Além disso, esse achado corrobora na desconstrução da “culpabilização” da droga (em si) em cenários de violência, permitindo outros olhares além dos tradicionais que naturalizam a violência em uma relação de causa-efeito com o uso de drogas.

No tocante ao histórico de prisões, metade dos participantes afirmou ter passado em alguma instituição prisional (50,4%), observando maior frequência entre os homens (54,2%) quando comparados com as mulheres (38,6%). No estudo com usuários de crack brasileiros (BASTOS; BERTONI, 2012), apesar de não ter sido realizadas investigações das diferenças de gênero, constata-se que também importante parcela esteve preso alguma vez na vida (IC95%: 45,1- 52,5).

De maneira geral, o histórico de encarceramento está frequentemente relacionado à criminalização do uso e/ou tráfico da droga, participação em roubos ou furtos, seja pela necessidade de adquirir a droga novamente, posse de arma de fogo ou envolvimento em comportamentos violentos. A correlação entre o consumo de crack e o envolvimento em atividades ilícitas fundamenta-se em alguns aspectos pela necessidade desta população de sustentar a dependência e obter alimentação. Entretanto, segundo Tomm e Roso (2013) a inserção dessa população na criminalidade vai além de táticas de sobrevivência, conhecida também como “lei da rua”, mas também diz respeito a um conjunto de valores da sociedade do mercado de drogas, que impõe regras e padroniza práticas violentas para todos os indivíduos pertencentes a coletivos de uso de crack (TOMM; ROSO, 2013).

Silva e Nóbrega (2008) ainda afirmam que adolescentes com marcas sociais como vitimização de violência, total carência de apoio afetivo, espiritual e familiar, somados à falta de habitação, alimentação em condições dignas e falta de perspectiva de um futuro decente, corroboram para um provável direcionamento ao mundo do crime. Ao discutir tal realidade social, os autores chamam a atenção de que é preciso inserir o agente institucionalizado da violência: o Estado, que por suas negligências e abusos, presentes no cotidiano da população brasileira, em especial e com maior intensidade das marginalizadas, possibilitam que essa juventude esteja sujeita à violência em todas as suas formas, seja como vítima ou como agressor.

7 CONCLUSÃO

Embora os achados deste estudo mostrem uma realidade de extrema vulnerabilidade individual, social e programática, tanto para os homens como para as mulheres que fazem uso de crack, os achados revelam importantes diferenças por gênero nos aspectos relacionados ao perfil sociodemográfico, comportamento sexual, acesso a serviços de saúde e padrão de uso de crack, apontando uma situação de maior vulnerabilidade para as mulheres, sobretudo quando se analisa aspectos ligados ao corpo, sexualidade e consumo abusivo de crack.

As mulheres, cis e trans, apresentaram aspectos individuais, sociais e programáticos de maior vulnerabilidade em saúde, dentre os quais destacam-se a condição de ser mais jovem, com menor escolaridade e inserção no mercado de trabalho, maior participação na comercialização de sexo, assim como acentuado relato de vitimização por agressões sexuais.

Nesse sentido, destaca-se a relevância desse estudo, com representatividade para o estado de Pernambuco, na caracterização dos usuários de crack por identidade de gênero, além da estimativa da ocorrência de violência sexual nesta população. No entanto, agregar outras metodologias para qualificar seu perfil de vitimização irá possibilitar uma melhor compreensão sobre sua dinâmica de vida e subjetividades diante da vivência de violência, no contexto do modelo vigente brasileiro proibicionista, de combate às drogas, marcado por políticas sociais, que interfere no acesso a direitos sociais, incluindo os serviços de saúde, bem como as práticas de cuidado.

Os resultados do presente estudo reforçam a urgente necessidade desse modelo de ser repensado, superando a lógica repressiva, excludente e discriminatória, buscando a melhoria do acesso dessa população aos serviços de saúde e de proteção social, bem como a qualificação do acolhimento, do diagnóstico de suas necessidades e da articulação intersetorial para a garantia de seguimento e do cuidado em rede.

Nesse cenário é importante ressaltar que, além da exclusão social e do modelo proibicionista, as questões de gênero também são determinantes no processo de vulnerabilidade em saúde, principalmente nas situações de violência sexual, que reforçam a urgente necessidade de redução da violência contra a mulher, que só será possível mediante a superação de valores da cultura machista e misógina presentes desde as primeiras sociedades patriarcais.

Finalmente, diante da elevada ocorrência de violência e de exploração sexual entre usuários de crack, especialmente entre as mulheres, fica evidente a importância estratégica do Programa Atitude de Pernambuco para as ações de acolhimento, abrigamento e seguimento na

rede de cuidado, recomendando-se a ampliação desse serviço social e o aperfeiçoamento de sua articulação com ações de promoção da cultura de paz e da saúde, de enfrentamento à desigualdade de gênero, e com serviços de atenção básica e de atenção especializada no atendimento a vítimas de violência sexual.

8 RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados da presente pesquisa epidemiológica, para a melhoria do cuidado em saúde à população usuária de crack, vítima de violência, principalmente as agressões sexuais, no estado de Pernambuco, recomenda-se:

- a) Prestação de cuidados em saúde humanísticos e pautados na redução de danos, considerando: os princípios da Reforma Psiquiátrica; o enfrentamento do estigma, preconceito e discriminação de pessoas com transtornos relacionados ao uso de drogas; as práticas direcionadas à cultura de paz e de prevenção de situações de violência; a articulação em rede na prestação do cuidado em saúde;
- b) Sensibilização de gestores, profissionais de saúde e de toda rede intersetorial sobre a importância da concepção da pessoa que faz uso de crack, álcool e outras drogas como sujeito de direitos e deveres, sendo estes protagonistas do seu processo terapêutico;
- c) Qualificação e responsabilização dos serviços de saúde na oferta de atendimento integral permeado pelas tecnologias relacionadas ao acolhimento, escuta qualificada e vínculo, voltadas para a efetivação de estratégias de identificação das necessidades e especificidades em saúde demandadas pela população usuária de crack, ampliando o olhar para questões de âmbito social, como as desigualdades de gênero presentes e determinantes para o processo saúde-doença desse segmento populacional, bem como para questões complexas como a violência sexual;
- d) Efetivação da responsabilização da atenção à saúde à população usuária de crack e outras drogas pelos serviços de saúde do SUS, com destaque para a atuação da atenção básica como estratégia fundamental do cuidado que se inicia desde o acolhimento e seguimento na rede de atenção à saúde;
- e) Considerando a complexidade das situações de violência sexual, de demandas e de necessidades em saúde que esta população tem, é essencial investimento no cuidado compartilhado e articulado em rede. Para tanto, um dos pilares consiste na qualificação das equipes de unidades básicas de saúde, no fortalecimento das redes intersetoriais e na oferta de suporte ao trabalho dos Consultórios de Rua, assim como a reestruturação dos serviços especializados de cuidado às vítimas de agressões sexuais para a oferta direcionada a esta população diante da necessidade de profilaxias contra DST/IST e amparo psicossocial;

- f) Inclusão da dimensão gênero na composição das política de Atenção a Pessoa Usuária de Álcool e outras drogas, discutindo as desigualdades de gênero e suas interfaces na determinação das vulnerabilidades em saúde.
- g) Fortalecimento dos órgãos de proteção e restauração de direitos violados (delegacias gerais e especializadas, Ministério Público e entre outros) no acolhimento humanizado e articulação em rede intersetorial.

REFERÊNCIAS

- ABATH, M.B. **Avaliação da implantação do componente contínuo do Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes no Recife, Pernambuco**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) -Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.
- AGUIAR, C.M.D. **Vivências sexuais de mulheres jovens usuárias de crack**. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação de Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.
- ALMEIDA, R. A. et al. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 526-538, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300526&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2018.
- ANDRADE, R. F. V. et al. Violência por parceiro íntimo após diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.49, n. 3, p.1-9, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005424.pdf>. Acesso em: 30 mar.2018.
- ARENDT, H. **A Condição Humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. 341p.
- ARENDT, H. **Origens do Totalitarismo**. 6. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. 827 p.
- ATKINSON, J.S. et al. "Multiple Sexual Partnerships in a Sample of African-American Crack Smokers." **AIDS and behavior**, New York, v. 14, n. 1, p. 48-58, 2010.
- AYRES, J. R. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- BALZER, C.; LaGATA, C. HUTTA J. S. (Ed.). **The Experiences of Trans and Gender-diverse People in Colombia, India, the Philippines, Serbia, Thailand, Tonga, Turkey and Venezuela**. Berlin: TvT: TGEU, 2015.(TvTPublication Series, v. 9).Disponível em: <<http://transrespect.org/en/tvt-publication-series>>. Acesso em: 5 ago. 2017.
- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. **Revista Psychology e Neuroscience**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, p.191-215, 1977. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/record/1977-25733-001>>. Acesso em: 5 abr. 2018.
- BARROS, E.N. et al. Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.591-598, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0591.pdf>>. Acesso em: 08 dez. 2017.
- BASTOS, F; BERTONI, N; HACKER, M.A., Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil, 2005. **Revista Saúde Pública**, São Paulo,

v.42., n.1, p.109-117, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/13.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2017.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Livroto Epidemiológico**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BARD, N. D. et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.24, n. 24, e2680, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0852-2680.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2017.

BARRA, D.C.C; et al. Processo de viver humano e a enfermagem sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 23, n.6, p. 831-837, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/18.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2017.

BERTONI, N. et al. Exploring sex differences in drug use, health and service use characteristics among young urban crack users in Brazil. **International Journal for Equity in Health**, Bergen, v. 13, p. 70, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25181954>>. Acesso em: 5 fev. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 3.071 de 1 de janeiro de 1916**. Dispõe sobre o Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Brasília, 1916. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1910-1919/lei-3071-1-janeiro-1916-397989-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 2848 de 07 de dezembro de 1940**. Dispõe sobre o Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. Brasília, 1940. Disponível em:<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>.Acesso em: 1 out. 2016.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Dispõe sobre os direitos e garantias fundamentais e dos direitos e deveres individuais e coletivos. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>Acesso em: 1 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 737, de 16 de maio de 2001**. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Brasília, 2001. Disponível em:<http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8050>. Acesso em: 16 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.356, de 23 de junho de 2006**. Institui incentivo aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios para a Vigilância de Acidentes e Violências em Serviços Sentinela, com recursos da Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/portarias/portaria_gm1356_2006.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 12.015, de 07 de agosto de 2009**. Dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a

Lei no 2.252, de 1o de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm>. Acesso em: 10 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **UNGASS-HIV/AIDS: Resposta Brasileira 2008-2009.** Relatório do progresso do país. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resposta_brasileira_2008-2009_UNGASS.pdf>. Acesso em: 9 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011.** Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelecer fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html>. Acesso em: 16 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira.** Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA):** 2009, 2010 e 2011. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_vigilancia_violencia_acidentes.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2018

IBGE. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000/2060.** Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 set. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.271, de 06 de junho de 2014.** Brasília, 2014a. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: 22 jun. 2017.

IBGE. **Estimativa populacional.** Rio de Janeiro, 2014b. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97744.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2016.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Norma Técnica: Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígio.** Brasília, 2015a. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/norma-tecnica-versaoweb.pdf>>. Acesso em: 7 ago. 2017.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil.** Brasília, 2015b. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2016.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas**: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento – SUPERA. Brasília, 2015c. Disponível em: <https://www.supera.org.br/wp-content/uploads/2016/06/SUP9_Guia.pdf>. Acesso em: 3 ago. 2016.

BOURDIEU, P. **A Dominação Masculina**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2010.

BOKANY, V. **Drogas no Brasil :entre a saúde e a justiça : proximidades e opiniões**. 1. ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.

BUGAY, V. et al. Women’s health and use of crack cocaine in context: Structural and ‘everyday’ violence. **International Journal of Drug Policy**, New York, v. 4, n.21, p. 321–329, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20116989>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

CARNEIRO, H. O Uso das Drogas como Impulso Humano e a Crise do Proibicionismo. In: FIGUEIREDO, R.; FEFFERMANN, M.; ADORNO, R (Org.). **Drogas & Sociedade Contemporânea**: perspectivas para além do proibicionismo. 1. ed. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. 365p.

CALINI, E.A. et al. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. 7. ed. Brasília: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. 66p.

CAVALCANTI, L. F. et al. Implementação da atenção em saúde às violências sexuais contra as mulheres em duas capitais brasileiras. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, p. 1079-1091, dez. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000401079&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2018.

CEREGATTI, A. B. C. V. O. et al. **Cartilha mulheres em luta por uma vida sem violência**. São Paulo: Sempre Viva Organização Feminista, 2013. Disponível em: <<http://www.sof.org.br/2013>> Acesso em: 18 jun. 2016.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D.S.C. **Estupro no Brasil**: uma radiografia segundo os dados da saúde. Brasília: IPEA, 2014. 30p.(Nota Técnica, n. 11).

CERQUEIRA, D.; COELHO, D.S.C.; FERREIRA, H. Estupro no Brasil: vítimas, autores, fatores situacionais e evolução das notificações no sistema de saúde entre 2011 e 2014. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, São Paulo, v.11, n.1, p.24-48, 2017. Disponível em: <revista.forumseguranca.org.br/index.php/rbsp/article/view/779/249>. Acesso em: 21 ago. 2017.

CISNE, M. Direitos humanos e violência contra mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 1, n. 18, p. 138-154, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/23588/17726>>. Acesso em: 22 ago. 2017.

CRENSHAW, K.A interseccionalidade na discriminação de raça e gênero. **Revista Estudos Feministas**, Santa Catarina, v.1, n. 1. p. 7-16, 2012. Disponível em:

<<http://www.acaoeducativa.org.br/fdh/wp-content/uploads/2012/09/Kimberle-Crenshaw.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2017.

CONCEICAO, M. I. G. et al. Usuários de Crack que Buscam Tratamento em Brasília. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 32, p. e32ne216, p.1-8, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000500215&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2018.

CONNELL, R.P.; PEARSE, R. **Gênero: uma perspectiva global: Compreendendo gênero - Da esfera pessoal à Política - No mundo Contemporâneo**. São Paulo: nVersos, 2015. 325p.

CUNHA, S. M., ARAUJO, R. B, BIZARRO L. Profile and pattern of crack consumption among inpatients in a Brazilian psychiatric hospital. **Trends Psychiatry Psychother**, Porto Alegre, v.3, n.37, p.126-132, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/trends/v37n3/2237-6089-trends-37-03-00126.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p.1163–1178, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0.pdf>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

DAY, M; NORMAN L.R. An exploration of gender differences in the initiation of and attitudes toward crack cocaine use in the English-speaking Caribbean. **Addict Res Theory**, London, v.3, n.15, p.285–297, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4243730/>>. Acesso em: 4 jun. 2017.

DAVIS, A. **Mulheres, Raça e Classe**. 1. ed. São Paulo: BoiTempo, 2016. 244p.

DELZIOVO, C. R. et al. Qualidade dos registros de violência sexual contra a mulher no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em Santa Catarina, 2008-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 27, n. 1, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222018000100301&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 31 mar. 2018.

DICKSON-GOMEZ, J. et al. The Relationship between Community Structural Characteristics, the Context of Crack Use and HIV Risk Behaviors in San Salvador, El Salvador. **Substance Use & Misuse**, New York, v. 47, n. 3, p. 265–277, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22217125>>. Acesso em: 6 jul. 2017.

DUAILIBI, I. B.; RIBEIRO, M., LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.4, n.24, p.545-557. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001600007> . Acesso em: 6 jul. 2017.

DUFF, P. et al. Sex-for-Crack exchanges: associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian cit. **Harm Reduction Journal**, London, v.10, n.1, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238367>>. Acesso em: 6 jul. 2017.

DRAWIN, C.R. O paradoxo antropológico da violência. In: ROSARIO, A.B., F. KYRILLOS, F.; MOREIRA, J.O (Org.). **Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica**. Barbacena: EdUEMG, 2011. p.12-30.

DREZETT, J. et al. Doenças sexualmente transmissíveis em mulheres que sofrem crimes sexuais. **Reprodução e Climatério**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, p.196-16, 2012. Disponível em: <<http://recli.elsevier.es/pt/doencas-sexualmente-transmissiveis-em-mulheres/articulo/S1413208713000083/>>. Acesso em: 15 set. 2017.

ENGSTROM, M. et al. Age and HIV Sexual Risk among Women in Methadone Treatment. **AIDS and Behavior**, New York, v.15, n.1, p.103–113, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19936912>>. Acesso em: 15 set. 2017.

FALCK, R. S. WANG, J. CARLSON, R. G. Crack cocaine trajectories among users in a Midwestern American city. **Addiction Journal**, London, v.102, n.9, p.1421-1431, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17645426>>. Acesso em: 15 set. 2017.

FAÚNDES, A. et al. Violência sexual: procedimentos indicados e seus resultados no atendimento de urgência de mulheres vítimas de estupro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, n.28, v.2, p.126-135, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n2/30680.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2018.

FERTIG, A. **Histórias de vida de usuárias de crack**. 2013. Tese (Doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

FIGUEIREDO, R., FEFFERMANN, M., ADORNO, R. **Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. 1. ed. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. 210p.

FIORI, M.; TÓFOLI, L.F. **Uso de drogas, danos e violência: Dossiê Descriminalização STF - Argumentos pela Criminalização e Evidências Científicas**. 2.ed. São Paulo: Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas, 2015. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wordpress/?page_id=3387>. Acesso em: 13 jun. 2016.

GILCHRIST G; et al. Prevalence and factors associated with sex trading in the year prior to entering treatment for drug misuse in England. **Drug and Alcohol Dependence**, New York, v. 152, n.1, p. 116-122, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25998258>>. Acesso em: 14 jun. 2016.

GUTIERRES, S. E.; VAN PUymbroEck, C. Childhood and adult violence in the lives of women who misuse substances. **Aggression and Violent Behavior Journal**, New York, v.11, n. 5, p.497-513, 2006. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1359178906000127>> . Acesso em: 16 jun. 2016.

GUIMARÃES, C. F, et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.30, n.2, p.101-108, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a05.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

GUIMARÃES R.A et al. Gender differences in patterns of drug use and sexual risky behaviour among crack cocaine users in Central Brazil. **BMC Psychiatry**, London, v.1, n.17, ,

p.1569-1578, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29282091>>. Acesso em: 14 out. 2017.

GOMES, A.P.P.F. **Situação de Saúde e Violência Contra as Mulheres no Recife, PE**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

HALPERN, S. C. et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 6, p.33-36, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2017000605002&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 14 out. 2017.

HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. Jr. **Applied logistic regression**. 2. ed. New York: Wiley-Interscience Publication, 2000. 350p.

KESSLER, F., PECHANSKY, F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.30, n.2, p.97-98, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03>>. Acesso em: 12 out. 2017.

INCIARDI, J.A. et al. Changing patterns of cocaine use and hiv risks in the south of Brazil. **Journal of psychoactive drugs**, Georgia, v. 38, n. 3, p. 305-310, 2006. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.2006.10399856?journalCode=ujpd20>>. Acesso em: 12 out. 2017.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 20. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006. 113p.

LEJUEZ, C.W. et al. Risk Factors in the Relationship between Gender and Crack/Cocaine. **Experimental and clinical psychopharmacology**, Washington, v. 15, n. 2, p. 165-175, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17469940>>. Acesso em: 13 out. 2017.

LIMA, R.S.; BUENO, S. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2014. Disponível em: <http://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPCEAP/8o_anuario_brasileiro_de_seguranca_publica.pdf>. Acesso em: 4 ago. 2016.

LIMA, R. S.; BUENO, S. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2015. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/9_anuario_2015.retificado_.pdf>. Acesso em: 8 set. 2016.

LIMA, F.S.S et al. Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00157815, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000205010&lng=en&nrm=iso>. 2017. Acesso em: 2 maio 2018.

LIMA R.S; BUENO S. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2016. Disponível em: <http://www.forumseguranca.org.br/storage/10_anuario_site_18-11-2016-retificado.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

- LINS, J. O uso de crack entre mulheres tendências e desafios. In: Dossiê sobre drogas. Estudos Universitários. **Revista de Cultura da Universidade de Pernambuco**, Recife, n. 28, dez. p.237-250, 2011.
- MALTA, M. et al. HIV/Aids risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n. 5, p. 830-837, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500007>. Acesso em: 15 nov. 2017.
- MARANGONI, S. R; OLIVEIRA, M.L.F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, n.22, v.3 p.662 – 70, jul./set.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012>. Acesso em: 15 nov. 2017.
- MINAYO, M.C.S. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: SOUSA, E. R.(Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD, ENSP, 2007. cap. 1, p. 24-35.
- MINAYO, M.C.S. The inclusion of violence in the health agenda: historical trajectory. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p.375-383, 2006a.
- MINAYO, M.C.S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006b. 132p.
- MORAES, M.A.; SILVA, R.E. Mulheres, Crack e Contextos de Vulnerabilidades. In: Dossiê sobre drogas. **Estudos Universitários: Revista de Cultura**, Recife, n.28,p. 251-267, dez. 2011.
- MOTTER, C. P. Estupro nos relacionamentos amorosos: violência doméstica contra a mulher. **Âmbito Jurídico**, São Paulo, v. 14, n. 89, 2011. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=9686%20%20> . Acesso em: 10 dez. 2017.
- NAJAINÉ, K. (Org.). et al. **Impactos da violência na saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, EAD, 2009.
- NAPPO, A. S. et al. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS**. Livreto Epidemiológico. São Paulo: CEBRID, 2004. Disponível em: <<http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/Usuaras-de-crack-CEBRID.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.
- NARVAEZ, J. C. M. et al. Violent and sexual behaviors and lifetime use of crack cocaine: a population-based study in Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlin, v. 49, n. 8, p. 1249-1255, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24519271>>. Acesso em: 18 dez. 2017.
- NARVAZ, M.G.; KOLLER, S.H. Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 3, p. 647-654, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a20.pdf>> . Acesso em: 18 dez. 2018.
- NASCIMENTO, C.A.D. A dor da violência. In: NASCIMENTO, C.A.D et al. **Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes**. Recife: Editora da Universidade de Pernambuco. 2008.

NARVAEZ, J. C.M. et al. Quality of life, social functioning, family structure, and treatment history associated with crack cocaine use in youth from the general population. **Revista brasileira de psiquiatria**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 211-218, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015000300005>. Acesso em: 13 dez. 2017.

NUNES, M. C. A; LIMA, R.F.F; MORAIS, N.A. Violência Sexual contra Mulheres: um Estudo Comparativo entre Vítimas Adolescentes e Adultas. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 4, p. 956-969, dez. 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000400956&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2018.

OLIVEIRA, L.G; NAPPO; S.A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 dez. 2017.

OLIVEIRA, M.C. Direitos Humanos: uma nova cultura para a atuação em contextos de uso abusivo de drogas. In: BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **O uso de substâncias psicoativas no Brasil**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015. 235p.

OLIVEIRA, C.S., DELZIOVO, C.R, TELINO, D.J. **Redes de atenção à violência**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 40 p. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/1882/Redes.pdf?sequence>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Paris, 2014. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf>>. Acesso em: 4 abr.2017.

PARENTE, J.S. et al. Álcool, drogas e violência: implicações para a saúde de minorias sexuais. **Revista Reprodução e Climatério**. Rio de Janeiro, v.3, n.30, p.108-114. Disponível em:<<https://multimedia.elsevier.es/PublicationsMultimediaV1/item/pdf/S1413208715000606?idApp=UINPBA00004K>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Nota Técnica de Assistência Integral as Mulheres em Situação de Violência Sexual no Estado de Pernambuco**. Recife, 2015.

RAMIRO, F.S; PADOVANI, R.C; TUCCI, A.M. Consumo de crack a partir das perspectivas de gênero e vulnerabilidade: uma revisão sobre o fenômeno. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 379-392, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200379&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 maio 2018.

RODRIGUES, L.O.V. et al. Perfil de usuários de crack no município de Santos. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 675-689, 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 6 maio2018.

RODRIGUES, D. R. S. R. et al. Representações Sociais do Crack na Mídia. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v.31, n.1, p.115-123. 2015. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n1/0102-3772-ptp-31-01-0115.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2017.

ROSARIO, A.B., MOREIRA, F.K., (Org.). **Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica**. Barbacena: EdUEMG, 2011. 168 p.

RUOTTI, C.; MASSA, V. C.; PERES, M. F. T. Vulnerabilidade e violência: uma nova concepção de risco para o estudo dos homicídios de jovens. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 377-389, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000200005&script=sci_abstract&tlng=pt> . Acesso em: 21 nov. 2017.

SANTOS N.T.V, ALMEIDA R.B.F, BRITO .AM. **Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco**. Livreto Epidemiológico. Recife: CPqAM, 2016. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/crackhiv>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

SANTOS, N.T.V. **Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife: resultados de um estudo respondent-driven sampling**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

SAFFIOTI H.I. **Violência de gênero: poder e impotência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SAFFIOTI H.I. **Gênero, Patriarcado e Violência**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

SILVA, L.M.P; et al. Violência sexual intrafamiliar contra crianças e adolescentes: entre a prevenção do crime e do dano. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 12, n. 4, p. 403-411, dez. 2012 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000400007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26 mai. 2018.

SILVA, I. R.; NÓBREGA, R. Feridas que não cicatrizam. In: NASCIMENTO, C.A.D et al. **Violência Doméstica Contra Crianças e Adolescentes**. Recife: Ed. da Universidade de Pernambuco, 2008. cap. 4, p.79-92.

SOTERO M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. **Revista Bioética**, Rio de Janeiro, v.3, n.19, p.799-817. 2011. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/677>. Acesso em: 21 nov. 2017.

SOUZA, J. **Ralé brasileira: Quem é e como vive**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009. 484p.

SCHRAIBER, L.B, D'OLIVEIRA A.F.P.L; COUTO M.T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v 25, p205-216, 2009.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/03.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2017.

SHANNON, K. et al. Prevalence and structural correlates of gender based violence among a prospective cohort of female sex workers. **BMJ**; New York, p.339:29-39, 2009. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/339/bmj.b2939>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

TAQUETTE, S.R, MEIRELLES Z.V. Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DSTs/AIDS de adolescentes femininas. **Revista Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v.9., n.3. p.56-64, 2012. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=331>. Acesso em: 14 nov. 2017. Acesso em: 20 nov. 2017.

TOMM, E.; ROSO, A. Adolescentes e crack: pelo caminho das pedras. Fractal, **Revista Psicologia e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 675-692, dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000300016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 8 maio 2018.

TURNER, A.K. et al. Physical Victimization and High-Risk Sexual Partners among Illicit Drug-Using Heterosexual Men in New York City. **Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine**, New York, v.91, n.5, p. 957-968, 2014

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World Drug Report**. New York, 2014. Disponível em <https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2018.

VIEIRA, M.S. Concepções de Violência Sexual e Direitos das Mulheres: do “Defloramento” ao “Estupro”. **Cadernos do LEPAARQ**, Pelotas, v. 4, n. 7/8, p. 103-122, 2007.

WEBER, Max. **Sociologia**. 7. ed. São Paulo: Ática, 1999.

VERNAGLIA, T.V.C; VEIRA, R.A.M.S; CRUZ, M.S. Usuários de crack em situação de rua – características de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.20, v.6, p.1851-1859, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1851.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2018.

VERNAGLIA, T.V.C. et al. The female crack users: Higher rates of social vulnerability in Brazil. **Health Care Women**, New York, v.38, n.11, p.1170-1187. 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28825524>> .Acesso em: 11 nov. 2017.

VERA, P., AYRES, J.R., BUCHALLA, C.M (Org). **Vulnerabilidade e direitos humanos - prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania**. Curitiba: Juruá, 2012. 400p.

VIEIRA N.A. **Entendendo quem entende: comportamentos, atitudes e práticas de risco e de prevenção para AIDS entre homens que fazem sexo com homens**. 2006. Dissertação (Mestrado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World report on violence and health**. Geneva, 2002. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence**. Geneva, 2013. 267p.

ZANELLO, V.; ANDRADE, A.P.M. **Saúde Mental e gênero: Diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014. 243p.

APÊNDICE A –ARTIGO PARA SUBMISSÃO À REVISTA**HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA ENTRE MULHERES QUE FAZEM USO DE CRACK
NO ESTADO DE PERNAMBUCO, BRASIL.****HISTORY OF VIOLENCE AMONG WOMEN WHO USE CRACK IN THE STATE
OF PERNAMBUCO, BRAZIL**Daianny de Paula Santos ¹,Iracema de Jesus Almeida Alves Jacques²George Tadeu Nunes Diniz³Ana Maria de Brito⁴Naide Teodósio Valois Santos⁵**Artigo publicado na Revista Saúde em Debate.**

Pesquisa desenvolvida com financiamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil (Edital 20/2013).

Os autores declaram que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

Resumo

Neste artigo, abordou-se o histórico de violência contra mulheres em contexto de uso abusivo de crack. Trata-se de um estudo transversal envolvendo 243 usuárias de crack atendidas pelo Programa ATITUDE em Pernambuco, entre 2014 e 2015. Observou-se que a maioria era jovem, negra, com baixa escolaridade e renda, início precoce da vida sexual, em uso compulsivo de crack, morando na rua e comercializando o corpo como a principal fonte de renda. A maioria (96,2%) relatou histórico de violência, sendo psicológica (83,5%), física (87,7%) e sexual (55,1%), praticadas por parentes/amigos. Fatores como desigualdades sociais e de gênero foram relevantes nas situações de violência observadas.

Palavras chaves: Violência contra a mulher, Drogas ilícitas, Vulnerabilidade em saúde.

Abstract

This work aims to discuss the history of violence against women in the context of abusive use of crack. It is a cross-sectional study involving 243 crack users attended by the ATITUDE Program in Pernambuco, between 2014 and 2015, which were mostly young, black, with low schooling and low-income, early onset of sexual life, in compulsive use of crack, living in the street and commercializing the body as the main source of income. The majority (96.2%) reported a violence history, being psychological (83.5%), physical (87.7%) and sexual (55.1%), practiced by relatives / friends. Factors such as social and gender inequalities were relevant in these scenarios.

Keywords: Violence against women, Illicit drugs, Health vulnerability.

Introdução

A violência é uma questão sociocultural complexa, de grande magnitude e impactos sociais, no qual é reconhecida como um relevante problema de saúde pública, podendo ser perpetrada em múltiplos contextos, principalmente nos cenários de injustiças e discriminações. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), compreende-se por violência o uso intencional da força física ou do poder entre indivíduos e comunidades, que ocasione ou tenha possibilidade em causar lesão, desenvolvimento prejudicado e morte (KRUG & DAHLBERG et al, 2002; MINAYO, 2006).

No campo sobre o álcool e outras drogas, a relação entre a violência e o uso abusivo de substâncias psicoativas é algo difícil de ser mensurado, pois os contextos violentos não são resultantes apenas das condutas individuais, mas tem interface com a estrutura social de desigualdades e injustiças que afeta indivíduos e comunidades, cujos direitos sociais são negados ou minimizados pelo Estado. Por outro lado, as políticas proibicionistas, alinhadas à chamada “guerra às drogas”, criminalizam o uso de drogas, principalmente o crack, estigmatizando, legitimando e naturalizando práticas de violência contra as pessoas que consomem drogas. (LOPES et al, 2012; FIORI & TÓFOLI, 2015).

Segundo o Anuário Brasileiro de Segurança Pública, o Brasil lidera no cenário mundial números absolutos de homicídios por ano, no qual ainda de acordo com esses dados; são mais de 56 mil mortes violentas, sendo estimado que 50% dessas estejam associadas a repressão ao uso de drogas". Apesar do perfil carcerário e de uso do crack ser predominantemente masculino, na última década houve um crescimento de 567,4% da população feminina em presídios, estando a maioria dessas prisões relacionadas ao envolvimento coadjuvante das mulheres no tráfico de drogas, principalmente no mercado do crack e seus derivados (LINS, 2011; FIORI & TÓFOLI, 2015).

A relação entre drogas e violência torna-se ainda mais complexa quando se observa as situações envolvendo relações de gênero e contextos de vulnerabilidade social, nos quais estão inseridas as mulheres que fazem uso de crack. Essas diferentes interfaces têm resultado em maior frequência e gravidade das agressões no cotidiano dessas mulheres, sendo a violência perpetrada pelas pessoas mais próximas a sua dinâmica de vida, tais como cônjuges, parentes, amigos/colegas de tráfico, clientes, traficantes, polícia e entre outros (LINS, 2011; CISNE, 2015).

A Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack no Brasil também trouxe outros aspectos importantes sobre vulnerabilidade à violência envolvendo questões de gênero. O estudo revelou que 46,6% das mulheres que consomem crack em lugares públicos referiram história de violência sexual, enquanto nos homens esse percentual foi seis vezes menor (7,5%). A Pesquisa chama ainda atenção para a maior proporção de comercialização do sexo entre as mulheres (29,9%), ou seja, 23 vezes maior quando comparada com os homens (1,3%), o que também implica numa maior exposição a agressões, bem como reflete que a trajetória de vida é amplamente desfavorável às mulheres (BASTOS & BERTONI, 2013).

Compreendendo as diversas condições que fragilizam e expõem à mulher usuária de crack a situações de violência, o presente estudo objetiva analisar o histórico de violência dessa população, bem como ampliar conhecimentos acerca de seu perfil sociodemográfico, vida sexual e uso de drogas.

Material e métodos

Estudo transversal de caráter descritivo que utilizou o banco de dados de Pesquisa Sociocomportamental (Santos et al, 2016), aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos, sob o parecer CAE 25250413.6.0000.5190. A referida pesquisa trata-se de um inquérito epidemiológico realizado com uma amostra probabilística de usuários de crack atendidos em um Programa de Atenção Integral aos Usuários de Drogas e Seus Familiares, da Secretaria Executiva de Políticas sobre Drogas de Pernambuco, que tem por objetivo responder a situações de risco pessoal e social em decorrência do uso abusivo de drogas, sem o caráter de tratamento contra a dependência.

A referida pesquisa incluiu 1.062 usuários de crack, sendo 819 do sexo masculino e 243 do sexo feminino com idade maior ou igual a 18 anos, que consumiram crack por mais de 25 dias nos últimos seis meses. Os dados foram coletados a partir da realização de questionário sociocomportamental, no período de agosto de 2014 a agosto de 2015. Para o presente estudo, foram selecionadas todas as mulheres, considerando aquelas que sofreram algum tipo de violência ou não. Na análise não foram incluídas as mulheres transexuais e travestis. Contudo, foram inseridas as nove pessoas que referiram ter nascido do sexo feminino e apresentando identidade de gênero diferente do sexo biológico. Foram levantadas variáveis relacionadas ao histórico de violência de acordo com a natureza da agressão (psicológica, física e sexual), principais agressores, faixa etária da vítima no momento da agressão e periodicidade da

violência. Além disso, investigou-se os aspectos sociodemográficos, vida sexual e padrão de uso de crack.

Considerou-se por histórico de violência o relato de agressões psicológicas e/ou físicas e/ou sexuais sofridas em qualquer momento da vida dessas mulheres. Para identificar a ocorrência de qualquer violência era necessária resposta afirmativa de pelo menos uma dessas questões: (1) “Alguma vez na vida você já foi ameaçada, humilhada, chantageada, perseguida, ridicularizada, ou impedida de ver algum familiar?”; (2) “Alguém já te esbofeteou, deu murros, espancou, queimou ou tentou enforçar você?”; (3) “Alguém já te feriu com uma faca, estilete, caco de vidro, revólver ou outro objeto?”(4) “Alguém já forçou você, contra a sua vontade, a ter relações sexuais?”.

As entrevistas ocorreram em um ambiente protegido sem o uso de coerção institucional ou policial. As participantes foram informadas sobre os objetivos, procedimentos, riscos, benefícios e caráter voluntário da pesquisa, sendo garantido o anonimato e confidencialidade das informações prestadas.

Utilizou-se o software “StatisticalPackage for the Social Scienses” – SPSS, versão 20, para obter as medidas de tendência central para as variáveis quantitativas contínuas e frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, sendo os resultados apresentados em gráficos e tabelas. Na análise das características das agressões sofridas pelas entrevistadas, as diferenças entre as proporções foram verificadas por meio do teste qui-quadrado de proporção, adotando-se um nível de significância estatística de 5%.

Resultados e Discussão

O consumo de crack, que até a década de 1990 era observado principalmente na população jovem masculina, recentemente vem sendo identificado como um fenômeno crescente entre as mulheres, atrelado a grande vulnerabilidade social e desigualdade de gênero, que entre outros aspectos, envolve a comercialização do corpo para conseguir a droga e a exposição a situações de violência(LINS, 2011).

Em relação às características sociodemográficas (Tabela 1), a maioria das entrevistadas tinha entre 18 e 34 anos (85,6%), negras (66,3% pardas e 18,1% pretas), solteiras (60,5%) com filhos (83,9%) e pequena proporção ingressou no ensino médio (13,5%). No tocante à moradia, 52,7% estavam em situação de rua nos 30 dias anteriores à

Tabela 1 - Características sociodemográficas e relacionadas à vida sexual de mulheres que fazem uso de crack. Programa Atitude, Pernambuco, 2014/2015.

(Continua)

entrevista, sendo esse resultado maior do que observado por Bastos & Bertoni (2013) nas cenas abertas de uso de crack no Brasil (45,6%).

A literatura aponta que muitas mulheres que fazem uso de drogas e estão em situação de rua possuem uma história de vida marcada por violência doméstica, envolvendo parentes e parceiros. Elas enxergam as ruas como uma alternativa para se protegerem, ou seja, um escape para a violência que sofrem no seu contexto familiar. Entretanto, ao estarem nas ruas, são novamente vulneradas pela violência, com outros moldes de agressão e perpetradores. Nesse contexto, são frequentes as agressões decorrentes da coerção policial e conflitos entre os próprios moradores de rua, estranhos e usuários de crack, bem como o envolvimento dessas mulheres com pessoas ou redes que delas se utilizam para exploração sexual ou para o tráfico de drogas (COID et al, 2001; OLIVEIRA & NAPPO, 2008; BUGAY et al, 2010; CHAVES et al, 2011; RAUP, 2011).

No que se refere a trabalho e renda, foi observado que uma pequena proporção estava inserida no mercado formal de trabalho (4,6%), sendo a dependência química (47,8%) apontada pelas usuárias como o central motivo de não estarem trabalhando. A principal fonte de renda foi a comercialização do sexo (39,1%), aspecto também verificado em estudos com populações usuárias de crack de outras capitais brasileiras (NAPPO, 2004; OLIVEIRA & NAPPO, 2008; AGUIAR, 2014).

De modo geral, essa realidade reflete fatores de vulnerabilidade social como a baixa escolaridade e a falta de qualificação profissional, consequência da dificuldade de acesso a melhores condições de ensino e trabalho, num cenário de uso nocivo de crack.

| Variáveis | (N=243) | |
|--|---------|------|
| | n | % |
| Faixa etária (anos) | | |
| 18 a 24 | 98 | 40,3 |
| 25 a 34 | 110 | 45,3 |
| 35 a 44 | 31 | 12,8 |
| 45 a 54 | 4 | 1,6 |
| Raça/Cor | | |
| Parda | 161 | 66,3 |
| Preta | 44 | 18,1 |
| Branca | 34 | 14,0 |
| Amarela | 4 | 1,6 |
| Situação Conjugal | | |
| Solteira | 147 | 60,5 |
| Casada ou união estável | 72 | 29,6 |
| Separado, divorciado e viúvo. | 24 | 8,2 |
| Número de Filhos | | |
| Não tem | 39 | 16,0 |
| Com filhos | 204 | 83,9 |
| Escolaridade | | |
| Ensino superior incompleto | 02 | 0,8 |
| Ensino Médio Completo | 20 | 8,2 |
| Ensino Médio Incompleto | 11 | 4,5 |
| Ensino Fund. II Completo | 18 | 7,4 |
| Ensino Fund. II incompleto | 69 | 28,4 |
| Ensino Fund. I completo | 61 | 25,1 |
| Ensino fund. Incompleto | 42 | 17,3 |
| Alfabetização | 19 | 7,8 |
| Nunca estudou | 01 | 0,4 |
| Estuda atualmente | | |
| Sim | 12 | 4,9 |
| Não | 231 | 95,1 |
| Lugar onde viveu a maior parte do tempo nos últimos 30 dias | | |
| Rua | 128 | 52,7 |
| Programa ATITUDE ou abrigo | 12 | 5,3 |
| Casa própria ou familiar | 54 | 22,6 |
| Casa alugada ou amigos, ou quarto de hotel/pensão | 48 | 19,8 |
| Prisão/delegacia | 01 | 0,4 |

Tabela 1 - Características sociodemográficas e relacionadas à vida sexual de mulheres que fazem uso de crack. Programa Atitude, Pernambuco, 2014/2015.

| Variáveis | (Conclusão) | |
|---|-------------|------|
| | (N=243) | |
| | n | % |
| Mora com alguém que usa crack | | |
| Sim | 86 | 51,5 |
| Não | 81 | 48,5 |
| Trabalha atualmente | | |
| Sim | 128 | 52,7 |
| Não | 115 | 47,3 |
| Motivo de não estar trabalhando | | |
| Doença/ tratamento para dependência química | 54 | 47,8 |
| Procura, mas sem sucesso. | 22 | 19,5 |
| Uso de drogas | 6 | 5,3 |
| Renda mensal individual* | | |
| < 1 salário mínimo | 141 | 58,0 |
| ≥ 1 salário mínimo | 102 | 42,0 |
| Fontes de renda nos últimos 30 dias** | | |
| Comercialização de sexo (profissional do sexo/troca de sexo por dinheiro) | 95 | 39,1 |
| Família/parceiros/amigos | 45 | 18,5 |
| Trabalho esporádico/bicos | 44 | 18,1 |
| Atividade ilícita que não o tráfico de drogas (ex. furto, roubo) | 38 | 15,6 |
| Esmolas | 33 | 13,6 |
| Participação na venda ou distribuição de drogas (tráfico) | 32 | 13,2 |
| Trabalho por conta própria | 15 | 6,2 |
| Trabalho regular (com ou sem carteira) | 11 | 4,6 |
| Início da vida sexual | | |
| Menos de 10 anos | 19 | 7,8 |
| 10 a 14 anos | 166 | 68,3 |
| 15 a 18 anos | 51 | 21,0 |
| Mais de 18 anos | 07 | 2,9 |
| Número de parceiros(as) sexuais nos últimos 12 meses | | |
| 1 | 37 | 15,2 |
| 2 a 5 | 58 | 23,9 |
| 6 a 10 | 12 | 4,9 |
| 10 ou mais | 129 | 53,1 |

Fonte: a autora.

Notas: *os valores de referência do salário mínimo para os anos de 2014 e 2015 foram R\$724,00 e R\$788,00, respectivamente; **a diferença entre o total das entrevistadas e o total da variável deve-se à possibilidade de múltiplas respostas

O início precoce da vida sexual, antes dos 15 anos (76,1%), e a multiplicidade de parceiros 10 ou mais nos últimos 12 meses (53,1%) foram frequentes entre as entrevistadas, semelhante ao observado entre mulheres usuárias de crack em São Paulo (NAPPO, 2004; OLIVEIRA & NAPPO, 2008) e no Canadá (BUGAY et al, 2010). Tais proporções foram acima das verificadas para a população feminina brasileira (BRASIL, 2011) (17,0% e 10,9%, respectivamente). Tais achados apontam uma maior exposição das mulheres que fazem uso de crack a práticas sexuais desprotegidas e a vitimização por violência sexual, assim como a comercialização do sexo como meio de subsistência e de aquisição de drogas.

O cenário observado neste estudo revela outra uma questão gritante, porém velada, o fato que a iniciação sexual tão precoce apresentada por essas mulheres representa mais uma violência, que de acordo com o Artigo 218 do Código Penal Brasileiro, intitula-se como “estupro de vulnerável”, ou seja, um fenômeno complexo e multicausal que consiste no constrangimento e/ou indução de um menor de 14 (catorze) anos de idade para a prática de conjunção carnal (penetração pênis-vagina) e/ou a satisfação de quaisquer atos libidinosos. Essa realidade também foi constatada em um estudo realizado com usuárias de crack na cidade de São Paulo (NAPPO, 2004) no qual 13 das 75 mulheres entrevistadas foram estupradas ainda virgens, na infância ou pré-adolescência. Dessa forma, a violência tem um peso ainda maior, pois se mostra como um fator determinante nas histórias de vida dessas mulheres, influenciando suas práticas sexuais, e constituindo um fator de risco para o abuso e dependência de drogas na idade adulta.

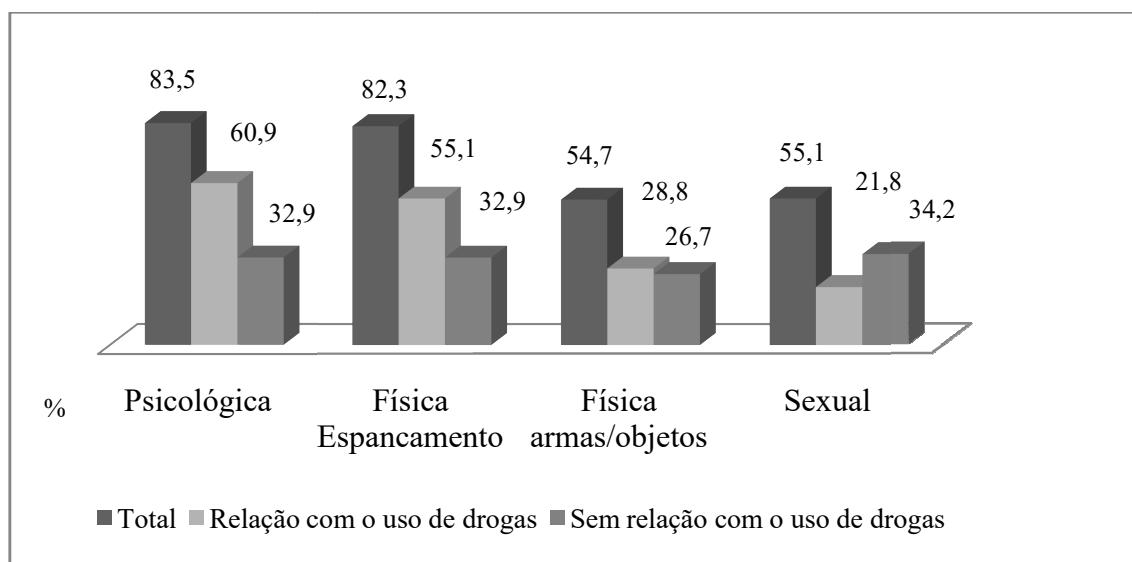
A raiz dessa problemática, bem como as demais situações de vulnerabilidade dessas mulheres à violência fundamenta-se na estrutura patriarcal regente desde as primeiras sociedades até a atualidade. O patriarcado consiste em um sistema sociocultural arbitrário de poder de homens sobre mulheres, ou seja, é um regime de domínio masculino no tocante ao corpo, sexualidade e trabalho das mulheres, contribuindo nas concepções sociais de subordinação, diferenciação salarial e personificação do corpo feminino como objeto sexual (NAPPO, 2004; SAFFIOTI, 2004, LINS, 2011; MORAES, 2011; CISNE, 2015).

As características relacionadas ao consumo de drogas são descritas na Tabela 2. Observa-se que mais de um terço iniciou o uso de crack ainda na adolescência, sendo 14,1% entre 10 e 15 anos, e 24,9% entre 16 e 18 anos, com uso diário (75,7%) e descontrolado (79,4%), no qual as mulheres possuem o perfil de consumo mais precoce e intenso quando comparado com os homens (SANTOS et al, 2016). Essas características também foram observadas no estudo nacional sobre o uso de crack (BASTOS & BERTONI, 2013), jovens em

situação de rua nas cidades de São Paulo e Porto Alegre (RAUP, 2011), bem como entre usuários de crack em Nova York (KOESTER et al, 1993). Tais diferenças no padrão de uso de crack entre homens e mulheres apontam para a necessidade de uma melhor compreensão da relação de gênero na cultura de uso drogas, bem como sobre os fatores sociais imbricados nessa questão.

No tocante a narrativa de violência chama atenção que quase a totalidade das mulheres entrevistadas referiu ter vivenciado situações de violência (96,2%), revelando uma história de vida marcada por agressões psicológicas, físicas e sexuais, mesmo antes de iniciarem o uso de drogas, algumas ainda na infância e adolescência. Observa-se na Figura 1 que as agressões mais frequentes foram as psicológicas (83,5%), físicas por espancamento (82,3%), seguida pela violência sexual (55,1%) e agressões por meio de armas brancas ou de fogo (54,7%). Comparando com outras populações femininas, as agressões físicas analisadas neste estudo foram superiores às observadas com usuárias de crack paulistas (OLIVEIRA & NAPPO, 2008) e em mulheres vítimas de violência atendidas em emergências do SUS no território nacional (MASCARENHAS et al, 2009).

Figura 1. Tipo de violência sofrida por mulheres que fazem uso de crack, segundo a relação da agressão com o uso de drogas. Programa Atitude, Pernambuco, 2014/2015.



Fonte: a autora. Notas: *a relação da agressão com o uso de drogas foi estabelecida pelas entrevistadas; **violência psicológica: ameaça, humilhação, chantagem, perseguição, ridicularização, impedimento de ver filho e/ou parente; ***violência física por espancamento: relato de ter sido esbofeteada, murros, tapas, queimaduras e entre outras; **** Violência física por objeto: Ferimento por arma de fogo, branca e/ou outro objeto perfurocortante.

A presença marcante da violência nessa população também foi verificada em estudos sobre mulheres usuárias de drogas em diferentes cidades brasileiras (NAPPO, 2004; LOPES, 2010; SANTOS, 2013; FERTIG, 2013; AGUIAR, 2014), Canadá (BUGAY, 2010) e em adolescentes em situação de rua na cidade de São Paulo (RAUP, 2011). Entre as participantes deste estudo, foi observado também que o contexto do uso abusivo de drogas mostrou-se um fator relevante sobre as situações de violência vivenciadas.

Ainda na Figura 1 observa-se o tipo de violência e sua relação com o uso de drogas, de acordo com a percepção das entrevistadas. As agressões relacionadas com o uso de drogas sobressaíram-se no histórico de violência psicológica e física por espancamento, sendo referidas por 60,9% e 55,1% das mulheres, respectivamente para cada tipo de violência. Já em relação à violência por armas ou com o uso de outro objeto, não se observa diferença expressiva.

Tabela2 - Características relacionadas ao consumo de crack por mulheres. Programa Atitude, Pernambuco, 2014/2015.

| Variáveis | (N= 243) | |
|--|----------|------|
| | n | % |
| Idade de início do uso de crack | | |
| 10 a 15 anos | 34 | 14,1 |
| 16 a 18 anos | 60 | 24,9 |
| 19 a 25 anos | 80 | 33,2 |
| 26 a 39 anos | 63 | 26,1 |
| 40 a 54 anos | 4 | 1,7 |
| Principal motivo que levou a usar crack | | |
| Influência/pressão de amigos | 96 | 39,5 |
| Curiosidade | 58 | 23,9 |
| Problemas familiares | 38 | 15,6 |
| Perdas afetivas/decepções amorosas | 33 | 13,6 |
| Vida ruim/sem perspectivas | 7 | 2,9 |
| Outros | 18 | 4,5 |
| Com quem costuma usar crack* | | |
| Sozinha | 134 | 55,1 |
| Colegas/amigos | 108 | 44,4 |
| Parceiros sexuais | 83 | 34,1 |
| Parentes | 10 | 4,1 |
| Outros | 1 | 0,6 |
| Frequência semanal de uso de crack antes de ingressar no Programa Atitude | | |
| Todos os dias | 184 | 75,7 |
| De 04 a 06 dias | 17 | 7,0 |
| Até 03 dias | 37 | 15,2 |
| Menos de 1 dia | 5 | 2,1 |
| Autoavaliação da forma de consumir crack antes de ingressar no Programa Atitude | | |
| Descontrolada/ compulsivamente | 193 | 79,4 |
| Controlada | 50 | 20,6 |
| Locais de obtenção do crack | | |
| Boca de fumo | 190 | 78,2 |
| Rua | 35 | 14,4 |
| Entrega no domicílio | 14 | 5,8 |
| Outros | 4 | 1,6 |
| Meios de obter crack sem envolver dinheiro* | | |
| Trocar por sexo | 99 | 40,7 |
| Trocar por objetos | 60 | 24,7 |
| Participar de alguma forma do tráfico de drogas | 48 | 19,8 |
| Consertar/limpar coisas, ajudar a fazer um trabalho legal | 18 | 7,4 |
| Participar de trabalho ilegal (roubo etc.) | 18 | 7,4 |
| Trocar por outra droga | 18 | 7,4 |
| Outro | 20 | 8,2 |
| Desejo de realizar tratamento para a dependência | | |
| Sim | 221 | 97,1 |
| Não | 7 | 2,9 |

Fonte: a autora.

Notas: *a diferença entre o total das entrevistadas e o total da variável deve-se à possibilidade de múltiplas respostas.

Diferentemente do observado para os demais tipos de agressões, a proporção de usuárias que referiu ter sofrido violência sexual sem relacioná-la com o uso de drogas foi superior a que referiu essa relação. No entanto, é importante ressaltar que a relação entre uso de drogas e violência é muitas vezes mistificada, na qual o consumo de substâncias psicoativas é colocado erroneamente enquanto fator disparador para as situações de violência, não levando em consideração os fatores sociais, culturais e políticos imbricados (CHAVES, 2011; FIORI, 2016).

Na violência contra a mulher, estudos destacam que mesmo em contextos nos quais há o uso abusivo de drogas por agressores e/ou vítimas, a raiz da violência tem maior peso por razão da estrutura sociocultural de dominação e exploração que incide sobre a vida das mulheres, sendo expressa pelo machismo e acentuada pela exclusão social (SAFFIOTI, 2004; MORAES, 2011; FRANCONI, 2012; AGUIAR, 2014). Investigações sobre violência entre mulheres que fazem uso de crack colocam que os atos violentos estão subjugados à estruturação do tráfico de drogas, as relações interpessoais entre usuários e traficantes, bem como as injustiças sociais que são fatores marcantes nessa população (NAPPO et al, 2004; LOPES, 2010; LINS, 2011; FERTIG, 2013; SANTOS, 2013; AGUIAR, 2013).

As características das agressões sofridas pelas mulheres que fazem uso de crack são apresentadas na Tabela 3. Destaca-se que em todos os tipos de violência, os principais agressores foram as pessoas mais próximas as vítimas, tais como familiares, amigos e companheiros. Diferentemente das demais agressões, na violência sexual constatou-se um maior envolvimento de pessoas estranhas (46,7%) enquanto autoras do crime.

A proximidade vítima-agressor observadas neste estudo está alinhada a própria caracterização da violência contra a mulher que, em sua maioria, se expressa nos espaços privados, e que representa para as mulheres um maior risco à vida, devido à recidiva das agressões, e ao silenciamento das vítimas por razão das relações de poder presentes nesses processos (SAFFIOTI, 2004; MINAYO, 2006; CISNE, 2015). Nas situações em que os agressores foram pessoas do contexto de uso de drogas ilícitas, tais como traficantes e policiais, os cenários violentos estão relacionados ao micropoder presente nos cenários de mercado ilícito e coerção ao uso de crack, no qual se dá nos espaços públicos como ruas e bocas de fumos, conferindo assim uma maior vulnerabilidade a essas mulheres que representam papel coadjuvante no tráfico de drogas e/ou outras atividades ilícitas.

Entre as mulheres que sofreram algum tipo de violência, verifica-se que as agressões ocorreram desde a infância, sendo mais frequente a partir da pré-adolescência (10 anos ou

mais) e aumentando conforme a idade, com exceção da violência sexual, que diminui. Chama atenção que na infância dessas mulheres a agressão mais frequente foi a sexual (7,4%), com proporção pelo menos duas vezes maior que as demais agressões relatadas nessa faixa etária (menos de 10 anos).

Apesar de não terem sido tão frequentes quando comparada as outras violências, as agressões sexuais foram referidas por metade das mulheres, chamando a atenção para o fato da precocidade dos abusos que aconteceram principalmente durante a infância e adolescência. Fertig (2013) e Aguiar (2014) afirmam que abusos sexuais e físicos ocorridos na infância e adolescência corroboram em danos psicológicos como a baixa autoestima, depressão e ansiedade, bem como influenciam na experimentação de substâncias psicoativas, constituindo um fator de risco para o início do uso de drogas ilícitas, principalmente o crack. Ademais, a violência sofrida no período infanto-juvenil, além de ocasionar impactos ao desenvolvimento psicossocial, traz a reflexão sobre a gravidade deste assunto e da associação destas três condições que permeiam a história de vida dessas mulheres: estupro, drogas e exploração sexual (COLD et al, 2001; FIORI, 2016).

A proporção das mulheres entrevistadas que sofreram violência sexual alguma vez na vida foi superior cinco vezes a estimada para a população feminina nas capitais brasileiras duas vezes maior que mulheres em cenas abertas de uso de crack no Brasil, ou seja, 96,3%; 46,6%, respectivamente (BRASI, 2011; BASTOS & BERTONI, 2013)

Além disso, algumas características da violência sexual se diferenciaram quando comparadas com os demais tipos de agressões. Importante parcela dessas mulheres vítimas dessa violência (34,2%) não referiu existir uma relação entre a agressão sexual e uso de drogas. Esse dado pode estar imbricado com outros fatores além do consumo de drogas, como as desigualdades de gênero e a ideologia sociocultural de apropriação e exploração do corpo da mulher. A partir das correntes teóricas do feminismo e as concepções de gênero, pode-se afirmar que o regime patriarcal presente de forma milenar na sociedade, é uma estrutura hierárquica, que confere aos homens o direito de dominar as mulheres, independente da figura humana, e dessa forma, as mulheres são concebidas enquanto objeto da satisfação sexual masculina, e reduzidas socialmente como reprodutoras e prestadoras de serviços sexuais.

Tabela 3 - Agressor, faixa etária de ocorrência e frequência de agressões sofridas por mulheres que fazem uso de crack, segundo natureza da violência. Programa Atitude, Pernambuco, 2014-2015.

| Variáveis | Tipo/natureza da agressão | | | |
|-----------|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|--------|
| | Psicológica ¹ | Física por espancamento ² | Física por objeto ³ | Sexual |

| | (N=203) | | (N=200) | | (N=133) | | (N=134) | |
|---|----------|------|----------|------|----------|------|----------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Agressor⁴ | | | | | | | | |
| (Ex)companheiro, amigos, conhecidos, familiares | 173 | 84,8 | 170 | 84,1 | 105 | 78,3 | 76 | 56,3 |
| Estranho | 36 | 17,7 | 31 | 15,4 | 29 | 21,6 | 63 | 46,7 |
| Traficante | 73 | 35,8 | 42 | 20,8 | 17 | 12,7 | 3 | 2,2 |
| Polícia | 27 | 13,2 | 20 | 9,9 | 7 | 5,2 | 3 | 2,2 |
| p-valor⁵ | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | |
| Faixa etária da ocorrência da agressão* | | | | | | | | |
| Menos de 10 anos | 6 | 2,9 | 3 | 1,5 | 2 | 1,5 | 10 | 7,4 |
| 10 a 19 anos | 63 | 30,9 | 57 | 28,2 | 43 | 32,1 | 51 | 37,8 |
| 20 a 24 anos | 64 | 31,4 | 64 | 31,7 | 47 | 35,1 | 46 | 34,1 |
| 25 a 59 anos | 95 | 46,6 | 90 | 44,6 | 50 | 37,3 | 34 | 25,2 |
| p-valor⁵ | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | |
| Frequência das agressões | | | | | | | | |
| Raramente | 95 | 46,6 | 99 | 49,0 | 95 | 70,9 | 101 | 74,8 |
| Às vezes | 49 | 24,0 | 57 | 28,2 | 28 | 20,9 | 21 | 15,6 |
| Frequentemente | 60 | 29,4 | 46 | 22,8 | 11 | 8,2 | 13 | 9,6 |
| p-valor⁵ | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | | < 0,0001 | |

Fonte: a autora. Notas: ¹violência psicológica: ameaça, humilhação, chantagem, perseguição, ridicularização, impedimento de ver filho e/ou parente. ²Violência física por espancamento: relato de ter sido esbofeteada, murros, tapas, queimaduras e entre outras. ³Violência física por objeto: Ferimento por arma de fogo, branca e/ou outro objeto perfurocortante; ⁴a diferença entre o total de mulheres que sofreu violência e o total da variável deve-se à possibilidade de múltiplas respostas; ⁵as diferenças entre proporções foram verificadas por meio do teste qui-quadrado de proporção, considerando o nível de significância de 5%.

Nesse processo, é importante destacar que o gênero, raça/etnicidade e as classes sociais constituem-se como eixos estruturantes da violência contra a mulher, na qual dependendo das condições históricas vivenciadas, um desses fatores poderá sobressair em relação aos outros, no entanto, os demais continuam presentes e podem produzir/reproduzir a violência. Ademais, as questões de gênero, raça/cor e pobreza são marcadores sociais que influenciam no grau de vulnerabilidade das mulheres a violência, principalmente àquelas inseridas em cenários de uso abusivo de álcool e outras drogas, e desigualdades sociais (SAFFIOTI, 2004; FERTIG, 2013; SANTOS, 2013; AGUIAR, 2014; CISNE, 2015).

Em relação à periodicidade da violência, observa-se que em quase todos os tipos, as mulheres referiram que as agressões aconteciam raramente e/ou esporadicamente, fato que causa certo estranhamento, quando levamos em consideração o grau de vulnerabilidade social dessa população, bem como o elevado percentual que afirmou ter sido violentada em algum momento da vida. Difere-se apenas desses achados as agressões psicológica (29,4%) e física por espancamento, sendo as mais presentes em seu cotidiano (28,2%).

É possível também que esse dado mascare outras características dessa realidade, de que tais mulheres não identificam a violência de seu cotidiano, pois a mesma apresenta-se de

forma simbólica e rotineira, na qual, na maioria das vezes, a violência é naturalizada pelas vítimas, que apenas a reconhecem quando há dano físico grave.

A tabela 4 apresenta as múltiplas comparações entre as agressões de acordo com o tipo de violência. De um total de 243 indivíduos da amostra, foram considerados os sujeitos que tinham respostas (sim ou não) para os quatro tipos de violências, desta forma, a análise foi realizada com um total de 240 indivíduos, dos quais 09 responderam negativamente para as violências.

Para as mulheres que foram vítimas de múltiplas agressões, observou-se uma predominância em 176 (73,3%) para a violência psicológica acompanhada da violência física por espancamento ao mesmo tempo ($p=0,0031$). Também se observou que das 121 (50,4%) mulheres que sofreram violência por espancamento houve o envolvimento da violência por ameaça por arma e outros objetos ($p=0,0012$), bem como verificou-se comportamento parecido para a violência sexual com o envolvimento da violência física por espancamento 119 (49,6%) ou com o envolvimento da violência psicológica 122 (50,8%).

Esses achados revelam o caráter de multiplicidades entre as violências e graus de lesões sofridas pelas vítimas, bem como a utilização de naturezas distintas de agressão enquanto instrumentos de controle no momento do ato violento.

Tabela 4 – Análise das múltiplas comparações entre agressões segundo o tipo de violência sofrida por mulheres que fazem uso de crack. Programa Atitude, Pernambuco, 2014-2015

| Tipo de Violência | Tipo de Violência | | | | | |
|----------------------------|-------------------|------------|---------------------|------------|---------------|------------|
| | Física Arma | | Física Espancamento | | Sexual | |
| | Não | Sim | Não | Sim | Não | Sim |
| | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) | N (%) |
| Psicológica | | | | | | |
| Não | 23 (9,6) | 14 (5,8) | 13 (5,4) | 24 (10,0) | 25 (10,4) | 12 (5,0) |
| Sim | 84 (35,0) | 119 (49,6) | 27 (11,2) | 176 (73,3) | 81 (33,8) | 122 (50,8) |
| p-valor | 0,0580 | | 0,0031 | | 0,0055 | |
| Sexual | | | | | | |
| Não | 56 (23,3) | 50 (20,8) | 25 (10,4) | 81 (33,8) | | |
| Sim | 51 (21,2) | 83 (34,6) | 15 (6,2) | 119 (49,6) | | |
| p-valor | 0,0668 | | 0,0316 | | | |
| Física Espancamento | | | | | | |
| Não | 28 (11,7) | 12 (5,0) | | | | |
| Sim | 79 (32,9) | 121 (50,4) | | | | |
| p-valor | 0,0012 | | | | | |

Fonte: a autora. Notas: ¹violência psicológica: ameaça, humilhação, chantagem, perseguição, ridicularização, impedimento de ver filho e/ou parente. ²Violência física por espancamento: relato de ter sido esbofeteada, murros, tapas, queimaduras e entre outras. ³Violência física por objeto: Ferimento por arma de fogo, branca e/ou outro objeto perfurocortante; ⁴a diferença entre o total de mulheres que sofreu violência e o total da variável deve-se à possibilidade de múltiplas respostas; ⁵as diferenças entre proporções foram verificadas por meio do teste qui-quadrado de proporção, considerando o nível de significância de 5%.

Considerações finais

Os resultados encontrados reforçam a gravidade da situação dessa população, e provocam o debate sobre a estruturação e ampliação do Sistema Único de Saúde, por meio de suas redes de atenção, na oferta de acolhimento e seguimento desta demanda.

Os achados também apontam para necessidades que transcendem às ofertas que tradicionalmente, são de responsabilidade do campo da saúde, pois também envolve a atuação de outros setores da sociedade como educação, trabalho, renda e justiça. Esta temática não se esgota nesse debate tendo em vista que investigações sobre violência-gênero-drogas dependem de instrumentos e teorias capazes de fazer uma aproximação do universo de significados sobre violência, tentando responder a questões muito particulares, com um nível de realidade que não pode ser, na maioria das vezes, quantificado.

Logo, é de extrema necessidade a continuidade de outros estudos sobre violência e gênero por meio de análises qualitativas que entendam de forma mais aprofundada como as condições de vida, uso abusivo de drogas e as relações de gênero determinam e/ou

condicionam situações de violência, e de que forma todos esses fatores incidem sobre a vida dessas mulheres.

Referências

AGUIAR, C.M.D. Vivências sexuais de mulheres jovens usuárias de crack. *Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco*. [Dissertação de mestrado], Recife, 2014.

BASTOS F.I, BERTONI N. Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Livroto Epidemiológico. *Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobrecrack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>. Acesso em 26mai.2016.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *PCAP- Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira*. Brasília,, 2011.

BUGAY, V, JOHNSON, J.L, VARCOE, C, BOYD, S. Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence. *International Journal of Drug Policy*. London, p.321–329. 2010.

COID, J., PETRUCKEVITCH, A., FEDER, G., CHUNG, W. S., RICHARDSON, J., & MOOREY, S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: across-sectional survey. *Lancet*, n.358, p.450-454. 2001.

CHAVES, T.V, SANCHEZ M.S, RIBEIRO L.A, NAPPO S.A. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.6, n.45, p.1168-75. 2011

CISNE M. Direitos humanos e violência contra mulheres: uma luta contra a sociedade patriarcal-racista-capitalista. *Serviço Social Revista* Londrina, n.18, p.138-154. 2015.

FERTIG. A. Histórias de vida de usuárias de crack. [Tese de Doutorado]. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS), Porto Alegre. 2013.

FIORI M, TÓFOLI L.F. Uso de drogas, danos e violência. Dossiê Descriminalização STF: Argumentos pela Criminalização e Evidências Científicas. *Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas*, São Paulo, n.2 , p. 02-04, 2015. Disponível em: <http://pbpd.org.br/publicacao/dossie-descriminalizacao-das-drogas-e-o-stf/> Acesso em: 28 abr.2016.

FRANCONI F, CAMPESI I, OCCHIONI S, ANTONINI P, MURPHY M.F. Sex and gender in adverse drug events, addiction, and placebo. *Hand ExpPharmacol*214:p.107-26. 2012;

KRUG E. G, DAHLBERG L.L, MERCY J. A, ZWI A. B, LOZANO R. World report on violence and health. Geneva: *World Health Organization*; 2002. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf Acesso em: 12 jul.2016.

KOESTER S, SCHWARTZ J. Crack, Gangs, Sex, and Powerlessness: A View from Denver, 187-203 pp., 1992. In: Ratner, S.R. Crack Pipe as Pimpe. An Ethnographic Investigation of Sex-for-Crack Exchanges. New York: Lexington Books ed., p 248 1993.

LIMA R.S, BUENO S. Anuário Brasileiro de Segurança Pública. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. 2014. Disponível em: http://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPCEAP/8o_anuario_brasileiro_de_seguranca_publica.pdf. Acesso em: 04 de agosto de 2016.

LINS J. O uso de crack entre mulheres tendências e desafios. In: Dossiê sobre drogas. Estudos Universitários – *Revista de Cultura da Universidade de Pernambuco*, Recife, n.28, p.237-250. dez, 2011.

LOPES, R.M.F, MELLO, D.C, ARGIMON, I.I.L. Mulheres encarceradas e fatores associados a drogas e crimes. *Rev.Ciências& Cognição*; n.15, v.2, p.121-131, 2010.

LOPES, E.P.A, SAPORI L.F, MEDEIROS, R. Crack: Um desafio Social. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 2, n. 28, p.405-406, fev/abril, 2012.

MASCARENHAS, M. D.M; SILVA, M.M.A; MALTA, D.C; MOURA, L; MACÁRIO, E.M; GAWRYSZEWSKI, V.P; NETO, O.L.M. Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) - Brasil, 2006. *Rev. Epidemiologia e Serviços de Saúde*, ; v. 18,n. 1, p.17-18. 2009

MINAYO M.C.S. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2006

MORAES M.A, SILVA R.E. Mulheres, Crack e Contextos de Vulnerabilidades. In: Dossiê sobre drogas. Estudos Universitários – *Revista de Cultura da Universidade de Pernambuco*. Recife, n.28, dez., p.251-267, 2011.

NAPPO A.S, SANCHEZ Z.V.M, OLIVEIRA L.G, SANTOS S.A, JÚNIOR J.C, PACCA JCB et al. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas – CEBRID. Livreto Epidemiológico. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/Usuarias-de-crack-CEBRID.pdf> .Acesso em: 10 jan/2016.

OLIVEIRA, L.G, NAPPO, S.A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Pública*, São Paulo, v.4, n.42, p.664-71, 2008

RAUP, L.M, ADORNO, R.C. Jovens em situação de rua e usos de crack: um estudo etnográfico em duas cidades. *Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade*, n.4, p.52-67. 2011.

SANTOS N.T.V. Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife: resultados de um estudo *respondent-drivensampling*. [Tese de Doutorado em Saúde Pública]: *Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz*. Recife, 2013.

SAFFIOTI H.I. Gênero, Patriarcado e Violência. São Paulo: Editora Expressão Popular; 2004. p.46-49

SANTOS N.T.V, ALMEIDA R.B.F, BRITO A.M. Vulnerabilidade de usuários de crack ao HIV e outras doenças transmissíveis: estudo sociocomportamental e de prevalência no estado de Pernambuco. Livreto Epidemiológico. 2016. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/crackhiv>

Contribuições dos Autores

Daianny de Paula Santos (Contribuiu substancialmente para a concepção, análise e interpretação dos dados)

Iracema de Jesus Almeida Alves Jacques(Contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo)

George Tadeu Nunes Diniz (Contribuiu significativamente na revisão crítica do conteúdo)

Ana Maria de Brito (Participou da aprovação final do manuscrito)

Naíde Teodósio ValoisSantos(Contribuiu substancialmente para a concepção, análise e interpretação dos dados).

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA

Questionário da Pesquisa: “Taxas de infecção de HIV, sífilis, hepatites (B e C) e tuberculose; conhecimento, Atitudes e práticas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis e cultura de uso de crack e outras drogas entre usuários de Pernambuco”

Entrevistador: _____ **Data da entrevista:**

_____/_____/_____

Horário de início: _____ h _____ min

Horário de Término: _____ h

_____ min

Município: (1) Recife (2) Jaboatão (3) Cabo (4) Caruaru

Local da entrevista (ATITUDE): (1) Apoio (2) Intensivo (3) Outro :

Nome do usuário:

Nome social:

Nome da mãe:

Cadastro ATITUDE: _____ **Tempo no ATITUDE:** _____ meses

Frequência no ATITUDE: n° de dias/semana _____ dias da semana :

N° do questionário

Bloco A – CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Q.01 Usou crack em pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses ?

(média de 1 vez por semana nos últimos 6 meses)

(1) Sim

(2) Não

Q.02 É a primeira vez que participa desta pesquisa?

- (1) Sim
- (2) Não

Q.03 Qual a data de nascimento? _____ / _____ / _____ ou **Idade:** _____ anos

Bloco B – INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Vou fazer algumas perguntas sobre você e como você vive

Q.04 Qual seu sexo (biológico/como nasceu):

- (1) Masculino
- (2) Feminino
- (3) Hermafrodita

Q.05 Você se considera: *(Ler todas as opções)*

- (1) Homem
- (2) Mulher
- (3) Travesti
- (4) Transexual
- (5) Outro _____

Q.06 Como se classifica em relação a sua cor ou raça?

- (1) Branco
- (2) Preto/negro
- (3) Amarelo/asiático
- (4) Pardo/moreno/mulato/marrom
- (5) Indígena

Q.07 Qual a sua situação conjugal / marital ?

- (1) Solteiro (nunca foi casado / nunca morou com companheiro / nunca teve união estável)
- (2) Casado/ União estável / Mora com companheiro
- (3) Separado/ Divorciado
- (4) Viúvo

Q.08 Quantos filhos você tem? _____

Q.09 Você se considera religioso?

- (1) Sim
- (2) Não => **Vá para a Q.11**
- (88) NQR => **Vá para a Q.11**
- (99) NSNL => **Vá para a Q.11**

Q.10 Possui alguma religião?

- (1) Católico
- (2) Evangélico/ protestante
- (3) Espírita
- (4) Candomblé/ umbanda
- (5) Outra
- (6) Sem religião

Q.11 Até que série você estudou?

- (1) Nunca estudou
- (2) Alfabetização/1º ano
- (3) Ensino Fundamental I Incompleto (até 3ª série/4º ano)
- (4) Ensino Fundamental I completo (até a 4ª série/5º ano)
- (5) Ensino Fundamental II incompleto (até 7ª série/8º ano)
- (6) Ensino Fundamental II completo (até 8ª série/9º ano)
- (7) Ensino Médio incompleto (até 2º ano)
- (8) Ensino Médio completo (até 3º ano)
- (9) Nível Técnico incompleto
- (10) Nível Técnico completo
- (11) Superior Incompleto
- (12) Superior Completo
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.12 Estuda atualmente (estudo formal, em instituição de ensino)?

- (1) Sim
- (2) Não

Q.13 Em que município/estado mora atualmente?

(Ou morava antes de estar albergado/em pernoite/internado/preso)

Município: _____ **Estado**
(UF): _____

(88) NQR

Q.14 Em que bairro/comunidade mora atualmente?

(Ou morava antes de estar albergado/em pernoite/internado/preso)

Bairro: _____

Comunidade: _____

(88) NQR

Q.15 Há quanto tempo você mora (ou morou) neste lugar? _____ meses (informe 8888 – NQR)

Q.16 Nos últimos 30 dias, em que lugar você viveu ou passou/dormiu a maioria das noites?

- (1) Apartamento/casa própria ou da família
- (2) Apartamento/casa/quarto alugado
- (3) Casa de amigo/conhecido
- (4) Apartamento/casa invadida (ocupação)
- (5) Quarto de hotel/motel/pensão/albergue privado
- (6) Abrigo/casa de passagem/albergue público ou filantrópico
- (7) Hospital (sem incluir internação para tratamento de dependência de drogas)
- (8) Serviço para tratamento/atenção a usuários de drogas => **Responder a Q.16.1**

- (9) Prisão/delegacia
- (10) Rua
- (11) Outro _____
- (99) NSNL

Q.16.1 Em qual serviço para tratamento/atenção a usuários de drogas?

(Responder apenas se a Q.16 = 8)

- (1) Programa ATITUDE – Apoio
- (2) Programa ATITUDE – Intensivo
- (3) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- (4) Unidade de Acolhimento (UA) / Casa do Meio do Caminho / Albergue Terapêutico
- (5) Hospital Psiquiátrico
- (6) Hospital Geral
- (7) Comunidade Terapêutica _____
- (8) Clínica privada
- (9) Outro _____
- (10) NSA

Q.17 Com quem mora atualmente?(Ou morou antes de estar albergado/em pernoite/internado/preso)

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Sozinho => **Vá para a Q.19**
- (2) Cônjuge/companheiro/parceiro sexual
- (3) Pais
- (4) Avós
- (5) Filho(s)
- (6) Outros parentes
- (7) Amigo/colega
- (8) Outro _____

Q.18 Mora com alguém que usa crack?(Ou morou antes de estar albergado/em pernoite/internado/preso)

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) NSA

Q.19 Qual a sua ocupação/trabalho principal atualmente?(Ou antes de estar albergado/pernoite/internado/preso) ATENÇÃO ENTREVISTADOR: trabalhos informais ou ilegais, caracterizar o tempo e a periodicidade para definição se é por conta própria/autônomo ou se esporádico/bicos

- (1) Servidor público
- (2) Empregado COM carteira assinada
- (3) Empregado SEM carteira assinada (Qual?)
- (4) Trabalho por conta própria/ autônomo (Qual?)
- (5) Trabalhos esporádicos/bicos (Qual?)
- (6) Empregador
- (7) Estudante
- (8) Do lar

- (9) Aposentado
 (10) Não trabalha atualmente
 (11) Outro _____
 (88) NQR

Q.20 Qual o principal motivo de você não estar trabalhando atualmente?

(Responder apenas se **Q.19 = 10**)

- (1) Procurei, mas não consegui encontrar trabalho
 (2) Estudando ou em treinamento não remunerado
 (3) Aposentado/ incapacitado para o trabalho/ em benefício
 (4) Por motivo de doença/ tratamento para dependência química
 (5) Não quero /não gosto / não preciso trabalhar
 (6) Outro _____
 (9) NSA _____
 (88) NQR

Q.21 Nos últimos 30 dias, quais foram as suas fontes de dinheiro?

(Se albergado/pernoite/internado, preso nos 30 dias anteriores)

(Leia todas as opções e Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Benefício (assistência social, bolsa família, seguro desemprego, previdência, por doença)
 (2) Família/parceiro/amigos
 (3) Trabalho regular COM carteira assinada
 (4) Trabalho regular SEM carteira assinada
 (5) Trabalho por conta própria/autônomo
 (6) Trabalho esporádico/bicos
 (7) Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas
 (8) Outra atividade ilícita que não tráfico de drogas: furto, roubo, fraude, venda de pirataria etc.
 (9) Profissional do sexo
 (10) Troca de sexo por dinheiro para comprar drogas
 (11) Esmolas
 (12) Outra _____
 (13) Nenhuma => **Vá para a Q.23**
 (88) NQR

Q.22 Nos últimos 30 dias, quanto você recebeu ou conseguiu de dinheiro? R\$ _____,00

Q.23 Vou falar algumas drogas e você me diz se tem familiares que usam:

| | Nã o te m | Álcool * | Tabaco * | Maconh a | Cocaín a | Crac k | Inalant es | Nenhu ma dessas | NQ R | NSN L |
|---|--------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|-----------------------|---------|----------|
| Q23.1 Mãe | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (88) | (99) |
| Q23.2 Pai | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (88) | (99) |
| Q23.3 Irmãos | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (88) | (99) |
| Q23.4 Cônjuge/ parceiro sexual | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (88) | (99) |
| Q23.5 Filhos | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (88) | (99) |
| Q23.6 | (0) | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (88) | (99) |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Outros familiares | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**ATENÇÃO ENTREVISTADOR: álcool e tabaco de forma abusiva ou se é dependente, de acordo com a visão do entrevistado.*

Bloco C – USO DE DROGAS

Vamos agora conversar um pouco sobre o uso de drogas

Q.24 Qual a primeira droga que você usou, incluindo cigarro e álcool?

- (1) Álcool
- (2) Tabaco (cigarro)
- (3) Maconha, Haxixe
- (4) Anfetaminas (remédio p/emagrecer), Metanfetaminas, Ritalina (estimulantes)
- (5) Cocaína
- (6) Crack
- (7) Benzodiazepínico (diazepan, rivotril, lexotan e outros tranqüilizantes e ansiolíticos)
- (8) Heroína, Morfina, Dolantina, Metadona
- (9) Inalantes e solventes (Loló, Lança perfume, Cola, Tiner)
- (10) Ecstasy
- (11) LCD
- (12) Maconha ou tabaco (cigarro) misturado com crack (melado/mesclado ou capeta)
- (88) NQR
- (99) NSNL

Se albergado/em pernoite/internado, considerar os 30 dias anteriores para as questões Q27, Q28 e Q29

(Atenção entrevistador: perguntar por coluna)

| Droga | Q25. Já usou alguma vez na vida? | Q26. Com que idade iniciou o uso? (anos) | Q27. Usou nos últimos 30 dias? | Q28. Nos últimos 30 dias, usou em quantos dias? | Q29. Nos últimos 30 dias, quais as vias de uso? |
|--------------|--|--|--|---|--|
| a) Álcool | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |
| b) Tabaco | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |

| | | | | | |
|---|------------------|--|------------------|--|---|
| c) Maconha, Haxixe | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |
| d) Anfetaminas (remédio p/emagrecer), Metanfetaminas, Ritalina (estimulantes) | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |
| e) Cocaína | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |
| f) Crack | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |
| g) Benzodiazepínico (diazepan, rivotril, lexotan e outros tranqüilizantes e ansiolíticos) | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |
| h) Heroína, Morfina, Dolantina, Metadona | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |

| | | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|---------------------------|--|---|
| i) Inalantes, Cola, Solventes, Tiner (solventes e inalantes) | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |
| j) Ecstasy | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |
| (continuação) | Q25. | Q26. | Q27. | Q28. | Q29. |
| Droga | Já usou alguma vez na vida? | Com que idade iniciou o uso? | Usou nos últimos 30 dias? | Nos últimos 30 dias, usou em quantos dias? | Nos últimos 30 dias, quais as vias de uso? |
| k) LSD | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |
| l) Outra droga ou Mistura Qual? _____ _____ | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |
| m) Outra droga ou Mistura. Qual? _____ _____ | (1)Sim (2)Não | | (1)Sim (2)Não | | (1) Ingerida (oral) (2) Cheirada (nasal) (3) Fumada (4) Injetada Outra _____ |

Q.30 Qual o principal motivo que te levou a usar crack?

- (1) Preço barato
- (2) Conseguiu a droga/“pintou”
- (3) Sentiu vontade/curiosidade de ter o efeito da droga
- (4) Perdas afetivas/decepção amorosa
- (5) Problemas familiares
- (6) Perda do emprego/fonte de renda
- (7) Vida ruim, sem perspectivas

- (8) Por influência/pressão dos amigos
- (9) Outro _____

Q.31 Atualmente, qual dessas formas parece mais com seu jeito de usar crack?

(Ler todas as opções)

- (1) Usa normalmente a mesma quantidade/ controla a quantidade que usa, ou seja, decide a quantidade que usa
- (2) Usa enquanto tiver/conseguir a droga/ não controla a quantidade que usa (usa compulsivamente)
- (3) Não usa crack atualmente

Q.32 Você já passou mais de 1 dia usando crack de forma intensa (ficou virado/pernoitado)?

- (1) Sim
- (2) Não

Q.33 Quando foi a última vez que usou crack dessa forma/ficou virado ou pernoitado?

- (1) Nunca fiquei virado
- (2) Nesta semana
- (3) Há menos de um mês
- (4) Há menos de um ano
- (5) Há mais de um ano
- (99) NSNL

Q.34 Antes de ter contato com o Programa ATITUDE, qual dessas formas parecia mais com seu jeito de usar crack?

(Ler todas as opções)

- (1) Usava normalmente a mesma quantidade/controlava a quantidade, ou seja, decidia a quantidade que usava
- (2) Usava enquanto tinha/conseguia a droga/ não controlava a quantidade que usava (usava compulsivamente)

Q.35 Com que idade começou a usar crack mais intensamente (aumentou o consumo)? _____ anos

- (99) NSNL

Q.36 Quantas pedras de crack (em média) consumia normalmente antes de ter contato com o Programa ATITUDE? _____

ATENÇÃO ENTREVISTADOR: considere a pedra como sendo a quantidade que coloca no cachimbo

Q.37 Com que frequência usava crack antes de ter contato com o Programa ATITUDE?

- (1) Menos de 1 dia por semana
- (2) Até 3 dias por semana
- (3) De 4 a 6 dias por semana
- (4) Todos os dias

Q.38 Atualmente, qual a quantidade de pedras de crack que normalmente consome por dia?

_____ *ATENÇÃO ENTREVISTADOR: considere a pedra como sendo a quantidade que coloca no cachimbo*

Q.39 Quais as formas que você já usou crack? (Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) No cigarro misturado com tabaco (capeta)

- (2) No cigarro misturado com maconha (mesclado, melado)
- (3) Em cachimbo feito de latas
- (4) Em cachimbo feito com copos/garrafas de plástico
- (5) Em cachimbo feito com canos de plástico
- (6) Na forma de virado
- (7) Outra forma _____

Q.40 Você já usou algum cachimbo ou lata para fumar crack que tinha sido usado por outra pessoa ou compartilhou cigarros de tabaco ou maconha?

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) NSNL

Q.41 Você já usou algum canudo para cheirar drogas que tinha sido utilizado por outra pessoa?

ATENÇÃO ENTREVISTADOR: canudo pode ser improvisado com dinheiro, papel enrolado ou outro material

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) NSNL

Q.42 Você já usou seringas ou agulhas para injetar drogas que tinham sido utilizadas por outra pessoa?

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) NSNL

Q.43 Você já colocou algum piercing ou fez alguma tatuagem?

- (1) Sim
- (2) Não

Q.44 Você já teve algum sangramento, ferida ou queimadura na área da boca (cavidade oral e/ou lábios) por conta do uso do crack?

- (1) Sim, mas poucas vezes
- (2) Sim, frequentemente
- (3) Não
- (99) NSNL

Q.45 Nos últimos 6 meses, você teve algum problema com seus dentes ou gengivas (como dor ou sangramento)?

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) NSNL

Q.46 Como normalmente costuma comprar crack?

- (1) Pedra
- (2) Grama
- (3) Misturado com maconha
- (4) Misturado com cigarro
- (5) Embalagem com uma quantidade de pedra. Quantas pedras? _____

Q46.1 Por quanto compra a pedra/ grama/ cigarro/ embalagem de crack? R\$ _____,00**Q.47 Onde e como normalmente você consegue o crack?**

- (1) Vou na boca (favela/ comunidade/ bairro)
- (2) Vou na rua/ avenida/ praça (via pública)
- (3) Entrega em domicílio (na casa) ou marco um ponto de encontro para entregar na rua
- (4) Outro _____
- (88) NQR

Q.47.1 Com quem normalmente consegue o crack?

- (1) Aviãozinho / atravessador
- (2) Traficante
- (3) Fornecedor (traficante de grande porte)
- (4) Amigo / conhecido
- (5) Outro _____
- (88) NQR

Q.48 Nos últimos 30 dias, você usou algum desses meios que não envolvem dinheiro para conseguir crack?

(Se albergado/em pernoite/internado, nos 30 dias anteriores)

Marque as repostas aplicáveis para normalmente

- (1) Consertar ou limpar coisas, ajudar alguém a fazer um trabalho legal
- (2) Participar/ajudar a fazer um trabalho ilegal, como pirataria, mas não relacionado ao tráfico de drogas
- (3) Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas
- (4) Trocar por sexo
- (5) Trocar por coisas (que não drogas)
- (6) Trocar por outra droga
- (7) Outro _____
- (8) Nenhum desses meios, só consigo crack trocando por dinheiro.

Q.49 Desde quando começou a usar a crack, qual foi o maior período de tempo em que ficou sem usar?

- (1) Nunca parei (nunca ficou um período sem usar, considerando sua frequência de uso)
=>**Vá para a Q.53**
- (2) 1 a 2 semanas =>**Vá para a Q.53**
- (3) 3 a 4 semanas =>**Vá para a Q.53**
- (4) Mais de 1 mês
- (5) Mais de 1 ano

Q.50 Se ficou mais de um mês sem usar crack, quais os motivos que levou a essa interrupção do uso?

(Marque todas as repostas aplicáveis)

- (1) Nunca fiquei mais de um mês sem usar => **Vá para aQ.53 – Pg 09**
- (2) Recuperar a saúde ou tratar alguma doença que apareceu e não tinha antes
- (3) Tratar a dependência de drogas
- (4) No lugar que eu estava não podia usar drogas

- (5) Por conta da religião
- (6) Evitar perseguição da polícia
- (7) Evitar problemas com o tráfico, como dívidas e ameaças
- (8) Evitar problemas relacionados ao ambiente de uso
- (9) Chegar à conclusão de que não compensa usar drogas
- (10) Conseguir emprego/coisa para fazer que ajuda a sobreviver
- (11) Prisão
- (12) Outro motivo _____

Q.51 Enquanto não estava usando crack, continuou usando alguma outra droga?

- (1) Sim, já usava e continuei
- (2) Sim, comecei a usar para substituir o crack
- (3) Não => **Vá para a Q.52**
- (9) NSA

Q.51.1 Qual a principal droga que utilizou para a substituir o crack?

- (1) Álcool
- (2) Tabaco
- (3) Maconha
- (5) Inalantes
- (4) Outra(s) _____
- (9) NSA

Q.52 Qual o principal motivo que o fez voltar a usar crack?

- (1) Preço barato
- (2) Conseguiu a droga/“pintou”
- (3) Sentiu vontade de ter o efeito da droga
- (4) Sentiu dificuldade de ficar sem usar a droga/fissura
- (5) Perdas afetivas/decepção amorosa
- (6) Problemas familiares
- (7) Perda do emprego/fonte de renda
- (8) Vida ruim, sem perspectivas
- (9) Por influência/pressão dos amigos
- (10) Outro _____

Q.53 Você utiliza maconha com crack? (Marque a forma principal, mais consumida)

- (1) Não uso maconha => **Vá para aQ.55**
- (2) Uso maconha, mas independente do uso de crack (em momentos diferentes do dia) **Vá para Q.55**
- (3) Uso maconha e crack simultaneamente, na forma de mesclado/melado
- (4) Uso maconha **depois** de usar crack
- (5) Uso maconha **antes** de usar crack

Q.54 A maconha tem alguma função em relação ao seu uso de crack?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (5) NÃO
- (1) Para diminuir a fissura e/ou “nóia”
- (2) Para aumentar o efeito do crack
- (3) Outra _____
- (4) NSA

Q.55 Você utiliza bebida alcoólica com crack? (Marque a forma principal, mais comum)

- (1) Não bebo => **Vá para aQ.57**
- (2) Bebo, mas independente do uso de crack (em momentos diferentes do dia) => **Vá para aQ.57**
- (3) Simultaneamente ao uso do crack

- (4) Bebo **depois** de usar crack
- (5) Bebo **antes** de usar crack

Q.56 A bebida alcoólica tem alguma função em relação ao seu uso de crack?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (5) NÃO
- (1) Para diminuir a fissura e/ou “nóia”
- (2) Para aumentar o efeito do crack
- (3) Outra _____
- (4) NSA

Q.57 Com quem você costuma usar crack?

(Marque todas as respostas aplicáveis para NORMALMENTE / COSTUMA)

- (1) Sozinho
- (2) Com parceiro sexual
- (3) Com colegas/amigos
- (4) Com parentes
- (5) Outros _____

Q.58 Em que tipo de lugar você costuma usar crack? *(Marque todas as respostas aplicáveis)*

- (1) Na casa onde moro
- (2) Na casa do meu parceiro sexual
- (3) Na casa de um parente (que não o parceiro sexual)
- (4) Na casa de um amigo/conhecido
- (5) Em pensões/hotéis
- (6) Em um abrigo ou residência mantida pelo governo
- (7) Em bailes/festas
- (8) Na casa ou em outro local oferecido pelo traficante
- (9) No trabalho
- (10) Em algum lugar público *aberto* (praça, parque, rua, viaduto)
- (11) Em locais abandonados ou terrenos baldios
- (12) Outro _____
- (13) NQR

Q.59 Nos últimos 6 meses, informe bairros - comunidades em que você usou crack?

| BAIRRO | COMUNIDADE |
|--------|------------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

(88) NQR (99) NSNL

Q.60 Nos últimos 6 meses, informe município – UF em que você usou crack?

| CIDADE | ESTADO |
|--------|--------|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

(88) NQR (99) NSNL

Bloco D – ACESSO A SERVIÇOS DE PROTEÇÃO SOCIAL E DE SAÚDE

Vou fazer algumas perguntas sobre sua experiência com serviços de proteção social e de saúde

Q.61 Quais os motivos que te levou a buscar o Programa ATITUDE?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Por orientação/pressão da família e/ou dos amigos
- (2) Por conta de ameaça feita pelo traficante
- (3) Por conta de ameaça feita devido ao uso de drogas (mas sem ser pelo traficante)
- (4) Por conta de tentativa de homicídio feita pelo traficante
- (5) Por conta de tentativa de homicídio devido ao uso de drogas (mas sem ser pelo traficante)
- (6) Por problemas com a polícia/justiça
- (7) Por conta do estudo e/ou do emprego
- (8) Para se cuidar / cuidar da saúde ou da aparência
- (9) Para ter onde comer, tomar banho e/ou dormir
- (10) Outro _____

Q.62 Quais dos seguintes serviços você já utilizou nos últimos 12 meses? (Ler todas as opções)

(Se albergado/em pernoite/internado, nos 12 meses anteriores)

| | | | |
|--|---------|---------|-----------|
| a) Serviços da Assistência Social (Acolhimento Institucional, Casas de Passagem, CRAS, CREAS, Abrigos) *(exceto o ATITUDE) | (1)Sim | (2)Não | (99) NSNL |
| b) Previdência Social (auxílios, seguros e outros benefícios) | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| c) Serviços que fornecem alimentação gratuita | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| d) Programas para conseguir trabalho, emprego e renda | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| e) Posto ou Centro de Saúde, Ambulatórios | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| f) Hospital (internação que não para tratar da dependência) | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| g) Serviços de Urgência e Emergência, UPA | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| h) Serviços de abordagem de rua (consultório de/na rua, Atitude nas Ruas, abordagem social) | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| Serviços para tratamento de dependência | | | |
| i) Hospital Psiquiátrico | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| j) Hospital Geral | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| k) CAPS | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| l) Unidade de Acolhimento (UA)/ Casa do Meio do Caminho/Albergue Terapêutico | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| m) Clínica Especializada Privada | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| n) Comunidade Terapêutica | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| o) Serviço Universitário, Ambulatório | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| p) Grupo de mútua ajuda (AA, NA, Amor Exigente) | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |
| q) Outro _____ | (1) Sim | (2) Não | (99) NSNL |

Q.63 No momento, você tem vontade de fazer um tratamento para diminuir ou parar o uso de drogas?

- (1) Sim
- (2) Sim, estou fazendo atualmente (Responder a Q.65.1)

- (3) Não => **Vá para a Q.65**
- (4) Não se considera dependente => **Vá para a Q.65**
- (99) NSNL

Q.64 Para quais drogas você gostaria de fazer ou faz tratamento?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Álcool
- (2) Tabaco
- (3) Maconha
- (4) Cocaína
- (5) Crack
- (8) Inalantes
- (6) Outra(s) _____
- (7) NSA

Q.65 Alguma vez você já fez tratamento para a dependência de alguma droga? (Não considerar o Programa ATITUDE)

- (1) Sim
- (2) Não=> **Vá para a Q.68**

Q.65.1 Em que local você fez tratamento?

ATENÇÃO ENTREVISTADOR : Considerar o local do último tratamento ou o atual(Se **Q.63 = 2**)

- (1) Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
- (2) Unidade de Acolhimento (UA) / Albergue Terapêutico / Casa do Meio do Caminho
- (3) Hospital Psiquiátrico
- (4) Hospital Geral
- (5) Comunidade Terapêutica Qual? _____
- (6) Clínica Privada
- (7) Outra(s) _____

Q.66 Para quais drogas você já fez tratamento? (Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Álcool
- (2) Tabaco
- (3) Maconha
- (4) Cocaína
- (5) Crack
- (7) Inalantes
- (6) Outra(s) _____

Q.67 Você já fez algum tratamento para drogas contra a sua vontade?

- (1) Sim

- (2) Não
(9) NSA

**Bloco E – CONHECIMENTO E FONTES DE INFORMAÇÕES SOBRE
ALGUMAS DOENÇAS E ACESSO A PRESERVATIVOS**

Agora irei fazer algumas perguntas sobre doenças e alguns exames

Eu vou ler algumas afirmações (frases e gostaria de saber se você concorda ou discorda):

| | | | |
|---|-------------|-------------|--------------|
| Q.68 Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da aids | (1)Concordo | (2)Discordo | (99) Não sei |
| Q.69 Ter parceiro fiel e não infectado reduz o risco de transmissão do vírus da aids | (1)Concordo | (2)Discordo | (99) Não sei |
| Q.70 Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da aids se não usar camisinha nas relações sexuais | (1)Concordo | (2)Discordo | (99) Não sei |
| Q.71 Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da aids ao ser picado por um mosquito | (1)Concordo | (2)Discordo | (99) Não sei |
| Q.72 Uma pessoa pode se infectar com o vírus da aids compartilhando talheres, copos ou refeições | (1)Concordo | (2)Discordo | (99) Não sei |
| Q.73 Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da aids ao compartilhar seringas ou agulhas com outras pessoas | (1)Concordo | (2)Discordo | (99) Não sei |
| Q.74 Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da aids ao usar banheiros públicos | (1)Concordo | (2)Discordo | (99) Não sei |
| Q.75 Uma mulher grávida que esteja com o vírus da aids, recebendo um tratamento específico na gravidez, diminui o risco de passar o vírus para o seu filho | (1)Concordo | (2)Discordo | (99) Não sei |
| Q.76 Uma mulher grávida que esteja com sífilis, recebendo um tratamento específico na gravidez, diminui o risco de passar essa doença para seu filho | (1)Concordo | (2)Discordo | (99) Não sei |

Q.77 No últimos 12 meses, você recebeu alguma informação sobre:

((Leia todas as opções e Marque todas as respostas aplicáveis))

- (1) HIV/aids
(2) Sífilis
(3) Hepatite
(4) Outras doenças sexualmente transmissíveis (DST)
(5) Tuberculose
(6) Nunca recebi informações sobre nenhuma destas doenças => **Vá para a Q.78**
(99) NSNL => **Vá para a Q.78**

Q.77.1 Onde você recebeu essas informações? *(Marque todas as respostas aplicáveis)*

- (1) Na escola
(2) Em um serviço de saúde
(3) Em um serviço da assistência social
(4) Em uma ONG

(7) Através de um serviço de abordagem de rua

(5) Outro _____

(6) NSA

(99) NSNL

Q.78 Nos últimos 12 meses, você recebeu ou pegou camisinha gratuitamente?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

(1) Sim, em um serviço público de saúde

(2) Sim, em uma ONG

(3) Sim, em um serviço da assistência social

(4) Sim, em uma escola

(5) Sim, de uma equipe de abordagem de rua (da saúde ou da assistência social)

(6) Não

(7) Outro _____

Q.79 Você conhece a camisinha feminina, mesmo que só de ouvir falar?

(1) Sim

(2) Não

Q.80 Se MULHER: Você já usou camisinha feminina?

Se HOMEM: Você já transou com alguma mulher que usava camisinha feminina?

(ATENÇÃO ENTREVISTADOR: Mostrar a camisinha)

(1) Sim

(2) Não

(99) NSNL

Bloco F - DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS E TESTAGENS

Vamos conversar agora sobre algumas doenças e exames

Q.81 Você já teve algum dos seguintes problemas?

(Leia todas as opções e Marque todas as respostas aplicáveis)

(1) Corrimento nas partes íntimas (pênis/vagina)

(2) Feridas (úlceras) nas partes íntimas (pênis/vagina ou ânus)

(3) Pequenas bolhas nas partes íntimas (pênis/vagina ou ânus)

(4) Verrugas nas partes íntimas (pênis/vagina ou ânus)

(5) Nunca tive nenhum desses sintomas => **Vá para a Q.86**

(88) NQR => **Vá para a Q.86**

(99) NSNL => **Vá para a Q.86**

Q.82 Quando foi a última vez que teve algum desses problemas?

- (1) Nos últimos 30 dias
- (2) Há menos de 1 ano
- (3) Há mais de 1 ano
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.83 Na última vez em que você teve algum desses problemas, o que você fez?

- (1) Procurei um serviço de saúde => **Responda à Q.83.1**
- (2) Tive orientação de um agente comunitário / enfermeira (o) / médico (a) fora do serviço de saúde
- (7) Tive orientação de um profissional de um serviço de abordagem de rua (da saúde ou assistência social)
- (3) Fui diretamente à farmácia => **Vá para a Q.85**
- (4) Outro _____ => **Vá para a Q.85**
- (5) Procurei me aconselhar com um colega, parceiro, parente, etc=> **Vá para a Q.85**
- (6) Não fiz nada => **Vá para a Q.85**

(responder apenas se Q.83 = 1) **Q. 83.1 Qual serviço de saúde você procurou?**

- (1) Posto de saúde ou unidade de saúde da família
- (2) Hospital público
- (3) Hospital particular
- (4) Consultório particular
- (6) UPA – Unidade de Pronto Atendimento
- (5) Outro

Q.84 Na última vez que você teve um desses problemas, você foi orientado a:*(Ler todas as opções)*

| | | |
|--|---------|---------|
| a) Usar camisinha regularmente | (1) Sim | (2) Não |
| b) Informar aos parceiros que estava com esse(s) problema(s) | (1) Sim | (2) Não |
| c) Fazer o teste para o HIV | (1) Sim | (2) Não |
| d) Fazer o teste para sífilis | (1) Sim | (2) Não |
| e) Fazer teste para hepatite | (1) Sim | (2) Não |

Q.85 Você ficou curado do problema?

- (1) Sim e tomei remédios
- (2) Sim, mas não tomei nenhum remédio
- (3) Não

IMPORTANTE: Saber se já ouviu falar de Sífilis**Q.86 Você já fez exame (teste) para saber se tem sífilis?**

- (1) Sim
- (2) Não => **Vá para a Q.88**
- (99) NSNL => **Vá para a Q.88**

Q.87 Qual foi o resultado do seu último teste de sífilis?

- (1) Positivo
- (2) Negativo
- (3) Indeterminado
- (4) Fez o teste mas não pegou
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.88 Você já se tratou para sífilis?

(Aquele tratamento que é feito geralmente com injeção de benzetacil/penicilina nas nádegas/bunda))

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

IMPORTANTE: Saber se já ouviu falar de HIV ou vírus da aids**Q.89 Você já fez o exame (teste) para saber se tem HIV / vírus da aids?**

- (1) Sim
- (2) Não=> **Vá para a Q.92**
- (99) NSNL => **Vá para a Q.92**

Q.90 Quando foi a última vez que você fez o teste de HIV / vírus da aids?

- (1) Nos últimos 12 meses
- (2) 1 a 2 anos atrás
- (3) 2 a 5 anos atrás
- (4) Há mais de 5 anos
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.91 Qual o resultado do seu último teste de HIV?

- (1) Positivo
- (2) Negativo
- (3) Indeterminado
- (4) Fez o teste mas não pegou
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.92 Você já fez tratamento ou acompanhamento médico por estar com HIV?

- (1) Sim, já fiz mas agora não estou em acompanhamento/tratamento (no passado)
- (2) Sim, estou em acompanhamento/tratamento
- (3) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.93 SE NÃO REFERIU RESULTADO POSITIVO DE HIV:

Atualmente, como você avalia suas chances de se infectar com HIV?

SE REFERIU TESTE POSITIVO DE HIV:

Atualmente, como você avalia suas chances de se infectar de novo com HIV?

(Ler todas as opções)

- (1) Nenhuma chance
- (2) Pouca chance
- (3) Grande chance
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.94 Você está tossindo ultimamente?

- (1) Sim
- (2) Não => **Vá para a Q.97**

Q.95 Está tossindo há quantas semanas?

- (1) Menos de 2 semanas
- (2) 2 semanas ou mais (ATENÇÃO: Ao final, encaminhar para fazer testes de tuberculose)
- (3) Não está tossindo
- (99) NSNL
- (9) NSA

Q.96 Quando você tosse tem catarro?

- (1) Sim
- (2) Não

Q.97 Você está escarrando sangue?

- (1) Sim
- (2) Não
- (9) NSA

Q.98 Nos últimos 30 dias você teve algum desses sintomas?*(Ler todas as opções)*

| | | | |
|----|----------------------------|---------|---------|
| a) | Febre ou sensação de febre | (1)Sim | (2)Não |
| b) | Calafrios | (1)Sim | (2)Não |
| c) | Suor noturno | (1) Sim | (2) Não |
| d) | Perda de peso | (1) Sim | (2) Não |

IMPORTANTE: Saber se já ouviu falar de tuberculose**Q.99 Você já fez exame de escarro para saber se tem tuberculose?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (99) NSNL

Q.100 Você já teve tuberculose?

- (1) Já fiz o teste mas não peguei o resultado
- (2) Sim, já tive tuberculose (no passado)
- (3) Sim, estou com tuberculose
- (4) Não, nunca tive tuberculose => **Vá para a Q.102**

Q.101 Você já se tratou de tuberculose?

- (1) Sim, já fiz tratamento para tuberculose no passado, mas não completei (abandonou / menos de 6 meses)
- (2) Sim, já fiz tratamento completo para tuberculose no passado (pelo menos por 6 meses)
- (3) Sim, estou fazendo tratamento para tuberculose agora
- (4) Não, nunca fiz tratamento para tuberculose
- (99) NSNL

Q.102 Você já teve algum contato com alguém que tem ou já teve tuberculose?

- (1) Sim
- (2) Não =>**Vá para a Q.106**

Q.103 Quem era essa pessoa?

- (1) Cônjuge, Companheiro, Namorado
- (2) Parente
- (3) Vizinho
- (4) Amigo ou Conhecido
- (5) Colega de cela (caso tenha sido preso)
- (6) Outro _____

Q.104 Essa(s) pessoa(s) viveu/ viveram com você na mesma casa?

- (1) Sim
- (2) Não

Q.105 Considerando todas as pessoas que tem tuberculose com quem você conviveu, mesmo sem morar junto, qual foi o maior tempo de contato que teve com elas?

- (1) Menos de 1 ano
- (2) 1 a 2 anos
- (3) 2 a 5 anos
- (4) Mais de 5 anos

IMPORTANTE: Saber se já ouviu falar de hepatite

Q.106 Você já fez exame (teste) para saber se tem hepatite?

- (1) Sim
- (2) Não => **Vá para a Q.108**
- (99) NSNL => **Vá para a Q.108**

Q.107 Qual o resultado do seu último teste de hepatite?

- (1) Positivo
- (2) Negativo
- (3) Indeterminado
- (4) Fez o teste mas não pegou (retirou final da frase)
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.107.1 Sabe para qual tipo de hepatite fez o teste? *(Marque todas as respostas aplicáveis.)*

- (1) Não
- (2) Hepatite A
- (3) Hepatite B
- (4) Hepatite C
- (5) Hepatite D
- (6) Hepatite E

Q.108 Você já fez tratamento ou acompanhamento médico por estar com hepatite?

- (1) Sim, já fiz mas agora não estou em acompanhamento/tratamento (no passado)
- (2) Sim, estou em acompanhamento/tratamento
- (3) Não
- (88) NQR

Bloco G - SAÚDE REPRODUTIVA FEMININA *(Se homem, vá para Q.120)*

Q.109 Você está grávida neste momento?

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.110 Já usou crack quando estava grávida?

- (1) Sim
- (2) Não

(3) Nunca engravidei >> vá para Q.119

(88) NQR

(99) NSNL

Q.111 Quantas vezes você engravidou na vida? *Considere na contagem a gravidez atual (se for o caso), todos os filhos que nasceram vivos ou mortos e todas as vezes que tenha tido um aborto (espontâneo ou não).*

_____ (Informe a quantidade ou 88 para NQR ou 99 para NSNL)

Q.112 Dessas [Q111] vezes que você engravidou na vida, quantas foram depois que começou a usar crack?

_____ (Informe a quantidade ou 88 para NQR ou 99 para NSNL)

Q.113 Você deu a luz a quantos bebês que nasceram vivos?

_____ (Informe a quantidade ou 88 para NQR ou 99 para NSNL)

Q.114 Quantos desses [Q113] bebês que nasceram vivos foi depois que começou a usar crack?

_____ (Informe a quantidade ou 88 para NQR ou 99 para NSNL)

Q.115 Quantos desses [Q113] filhos ainda estão vivos? _____ (Informe a quantidade ou 88 para NQR ou

99 para NSNL)

Q.116 Quantos desses [Q113] filhos que ainda estão vivos moram com você?

_____ (Informe a quantidade ou 88 para NQR ou 99 para NSNL)

(Responder se Q.116 ≠ Q.115) **Q.116.1 Com quem moram os filhos que não estão com você?**

- (1) Pai
 - (2) Avós paternos
 - (3) Avós maternos
 - (4) Algum parente que não os avós (como tios, madrinha/padrinho, irmãos)
 - (5) Abrigo (perdeu a guarda)
 - (6) Deu para alguma pessoa
 - (7) Deu para uma instituição para adoção (incluindo ter deixado em um hospital)
 - (8) Outro
- _____

Q.117 O Programa ATITUDE ajudou você a recuperar a guarda de algum filho ou gostaria que ajudasse?

- (1) Sim, já me ajudou a recuperar
- (3) Sim, gostaria que me ajudasse a recuperar
- (2) Não

Q.118 Fez pré-natal na sua última gravidez?

- (1) Sim

(2) Não

Q.119 Nos últimos 12 meses, você usou algum desses métodos para evitar a gravidez?

(Leia todas as opções e Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Não usei nenhum método
- (2) Anticoncepcional oral (pílula)
- (3) Anticoncepcional injetável (injeção)
- (4) DIU
- (5) Diafragma
- (6) Camisinha
- (10) Tabela
- (11) Coito interrompido/gozar fora
- (7) É laqueada
- (8) O parceiro é vasectomizado (fez cirurgia para não ter filhos)
- (9) Outro _____.
- (99) NSNL

Bloco H - VIDA SEXUAL E USO DE PRESERVATIVO

Irei fazer algumas perguntas sobre sua vida sexual

Q.120 Com que idade você teve a sua primeira relação sexual?

- (1) Menos de 10 anos
- (2) 11 a 14 anos
- (3) 15 a 18 anos
- (4) Mais do que 18 anos
- (5) Nunca tive relações sexuais => **Vá para a Q.148**
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.121 A pessoa com quem você teve sua primeira relação sexual era: *(Ler todas as opções)*

- (1) Homem
- (2) Mulher
- (3) Travesti
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.122 Você usou camisinha nessa primeira relação sexual?

- (1) Sim,
- (2) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.123 Você pratica quais desses tipos de sexo? *(Leia todas as opções e Marque todas as respostas aplicáveis)*

- (1) Vaginal (com penetração na vagina)
- (2) Oral (com a boca)
- (3) Anal (com penetração no ânus/cu)
- (88) NQR

Agora vamos falar de suas experiências sexuais somente durante os últimos 12 meses (no último ano)

Q.124 Nos últimos 12 meses, de uma maneira geral, você tem relações sexuais: *(Ler todas as opções)*

- (1) Somente com homens
- (2) Somente com mulheres
- (3) Com homens e mulheres
- (4) Normalmente com homens, mas às vezes com mulheres
- (5) Normalmente com mulheres, mas às vezes com homens
- (6) Com travestis
- (7) Não teve relações sexuais
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.125 Nos últimos 12 meses, quantos parceiros sexuais você teve, considerando qualquer tipo de parceria sexual, tanto parceiros fixos, como eventuais e comerciais?

- (1) Um parceiro
- (2) 2 a 5 parceiros
- (3) 6 a 10 parceiros
- (4) Mais de 10 parceiros
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.126 Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou camisinha?

- (1) Nenhuma das vezes
- (2) Menos da metade das vezes (raramente)
- (3) Mais da metade das vezes (às vezes)
- (4) Todas às vezes
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.127 Você usou camisinha na sua última relação sexual?

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.128 Em relação à seguinte afirmação: “O uso de álcool ou de outras drogas pode fazer com que a pessoa se esqueça ou não se importe de usar camisinha”, você:

- (1) Concorda
- (2) Discorda

Q.129 Isso já aconteceu com você?

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

*Vamos perguntar agora sobre suas experiências com **parceiros fixos**, homens e/ ou mulheres com quem você manteve ou mantém relações sexuais regularmente. Pode ser um namorado,*

esposa/marido, companheiro ou alguém com quem você vive e de quem você não recebe e nem dá dinheiro ou drogas para ter sexo.

Q.130 Nos últimos 12 meses, você teve relação sexual com parceiros fixos?

- (1) Sim
- (2) Não => **Vá para a Q.134**
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.131 Nos últimos 12 meses, com quantos parceiros fixos você teve relação sexual?

- (1) Um parceiro fixo
- (2) 2 a 5 parceiros fixos
- (3) 6 a 10 parceiros fixos
- (4) Mais de 10 parceiros fixos
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.132 Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou camisinha com esses parceiros fixos?

- (1) Nenhuma das vezes => **Vá para a Q.134**
- (2) Menos da metade das vezes (raramente)
- (3) Mais da metade das vezes (as vezes)
- (4) Todas as vezes
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.133 Na última relação sexual que teve com algum parceiro fixo, vocês usaram camisinha?

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

*Vamos agora falar sobre suas experiências com **parceiros eventuais ou casuais**, homens e ou mulheres com quem você já transou uma vez ou mais e de quem você não recebe ou dá dinheiro ou drogas para ter sexo. Pode ser um paquera, ficante, rolo etc.*

Q.134 Nos últimos 12 meses, você teve relação sexual com parceiros eventuais/casuais?

- (1) Sim
- (2) Não => **Vá para a Q.138**
- (89) NQR
- (99) NSNL

Q.135 Nos últimos 12 meses, com quantos parceiros eventuais/casuais você teve relação sexual?

- (1) Um parceiro casual
- (2) 2 a 5 parceiros casuais
- (3) 6 a 10 parceiros casuais
- (4) Mais de 10 parceiros casuais
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.136 Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou camisinha com esses parceiros eventuais/ casuais?

- (1) Nenhuma das vezes => **Vá para a Q.138**
- (2) Menos da metade das vezes (raramente)
- (3) Mais da metade das vezes (as vezes)
- (4) Todas às vezes
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.137 Na última relação sexual que teve com algum parceiro eventual/casual, vocês usaram camisinha?

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

*Vamos perguntar sobre suas experiências sexuais com **parceiros comerciais**, ou seja, homens e/ou mulheres com quem você transou e recebeu ou deu dinheiro ou drogas para ter sexo.*

Q.138 Nos últimos 12 meses, você RECEBEU dinheiro ou drogas em troca de sexo?

- (1) Sim
- (2) Não => **Vá para a Q.142**
- (89) NQR
- (99) NSNL

Q.139 Nos últimos 12 meses, você transou com quantas pessoas que te deram dinheiro ou drogas para ter sexo?

- (1) Uma pessoa
- (2) 2 a 5 pessoas
- (3) 6 a 10 pessoas
- (4) Mais de 10 pessoas
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.140 Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou camisinha com esses parceiros de quem recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo?

- (1) Nenhuma vez
- (2) Menos da metade das vezes (raramente)
- (3) Mais da metade das vezes (as vezes)
- (4) Todas as vezes
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.141 Na última relação sexual que teve com algum parceiro de quem recebeu dinheiro ou drogas, vocês usaram camisinha?

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR

(99) NSNL

Q.142 Nos últimos 12 meses, você DEU dinheiro ou drogas para alguma pessoa fazer sexo com você?

- (1) Sim
- (2) Não => Vá para a Q.146
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.143 Nos últimos 12 meses, para quantas pessoas você deu dinheiro ou drogas para ter sexo?

- (1) Uma pessoa
- (2) 2 a 5 pessoas
- (3) 6 a 10 pessoas
- (4) Mais de 10 pessoas
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.144 Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou camisinha com esses parceiros para quem deu dinheiro ou drogas em troca de sexo?

- (1) Nenhuma vez
- (2) Menos da metade das vezes (raramente)
- (3) Mais da metade das vezes (as vezes)
- (4) Todas as vezes
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.145 Na última relação sexual com parceiro para quem deu dinheiro ou drogas, vocês usaram camisinha?

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.146 Você já fez sexo com alguém que você sabia que tinha HIV ou aids?

- (1) Sim
- (2) Não => Vá para a Q.148
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.147 Você usou camisinha nessa relação?

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

Bloco I – VIOLÊNCIA

Agora iremos conversar sobre situações de violência

Q.148 Alguma vez na vida você já sofreu violência psicológica, ou seja, já foi ameaçado, humilhado, chantageado, perseguido, ridicularizado, impedido de ver algum familiar ou prenderam você em casa?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Sim, TEVE relação com uso de drogas
- (2) Sim, mas SEM relação com o uso de drogas
- (3) Não => **Vá para a Q.152**
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.149 Quem fez isso com você?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Cônjuge, companheiro, namorado (atual ou ex)
- (2) Pai ou mãe
- (3) Padrasto ou madastra
- (4) Filhos
- (5) Irmãos
- (6) Outro familiar
- (7) Conhecido/Conhecido da família
- (8) Amigo ou Colega
- (9) Alguém na escola e/ou na creche
- (10) Alguém no abrigo e/ou em outra instituição de acolhimento
- (11) Estranhos
- (12) Alguém no trabalho
- (13) Traficantes
- (14) Policiais
- (15) Outro _____
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.150 Quantos anos você tinha quando fizeram isso com você?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Menos de 10 anos
- (2) Entre 10 e 19 anos
- (3) Entre 20 e 24 anos
- (4) Entre 25 e 59 anos
- (5) 60 anos ou mais
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.151 Com que frequência isso aconteceu?

- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Frequentemente
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.152 Alguma vez na vida você já praticou (fez) alguma violência psicológica, ou seja, já ameaçou, humilhou, chantageou, perseguiu, ridicularizou, impediu alguém de ver seus familiares ou o prendeu em casa?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Sim, TEVE relação com uso de drogas
- (2) Sim, mas SEM relação com o uso de drogas
- (3) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.153 Alguém já te esbofeteou, deu murros, espancou, queimou ou tentou enforcar você?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Sim, TEVE relação com uso de drogas
- (2) Sim, mas SEM relação com o uso de drogas
- (3) Não => **Vá para a Q.157**
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.154 Quem fez isso com você? *(Marque todas as respostas aplicáveis)*

- (1) Cônjuge, companheiro, namorado (atual ou ex)
- (2) Pai ou mãe
- (3) Padrasto ou madrasta
- (4) ilhos
- (5) Irmãos
- (6) Outro familiar
- (7) Conhecido/ Conhecido da família
- (8) Amigo ou Colega
- (9) Alguém na escola e/ou na creche
- (10) Alguém no abrigo e/ou em outra instituição de acolhimento
- (11) Estranhos
- (12) Alguém no trabalho
- (13) Traficantes
- (14) Policiais
- (15) Outro _____
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.155 Quantos anos você tinha quando fizeram isso com você? *(Marque todas as respostas aplicáveis)*

- (1) Menos de 10 anos
- (2) Entre 10 e 19 anos
- (3) Entre 20 e 24 anos
- (4) Entre 25 e 59 anos
- (5) 60 anos ou mais
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.156 Com que frequência isso aconteceu?

- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Frequentemente
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.157 Alguma vez na vida você já esbofeteou, deu murros, espancou, queimou ou tentou enforçar alguém?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Sim, TEVE relação com uso de drogas
- (2) Sim, mas SEM relação com o uso de drogas
- (3) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.158 Alguém já te feriu com uma faca, estilete, caco de vidro, revólver ou outro objeto?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Sim, com faca ou outro objeto perfurocortante
- (2) Sim, com revólver ou outra arma de fogo
- (3) Sim, com outros objetos que causaram ferimentos
- (4) Não => **Vá para a Q.162**
- (88) NQR
- (99) NSNL

(Responder se Q158 = 1, 2 ou 3) **Q.158.1 A agressão teve relação com drogas?**

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.159 Quem fez isso com você?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Cônjuge, companheiro, namorado (atual ou ex)
- (2) Pai ou mãe
- (3) Padrasto ou madrasta
- (4) Filhos
- (5) Irmãos
- (6) Outro familiar
- (7) Conhecido/Conhecido da família
- (8) Amigo ou Colega
- (9) Alguém na escola e/ou na creche
- (10) Alguém no abrigo e/ou em outra instituição de acolhimento
- (11) Estranhos
- (12) Alguém no trabalho
- (13) Traficantes
- (14) Policiais
- (15) Outro _____
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.160 Quantos anos você tinha quando fizeram isso com você?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Menos de 10 anos
- (2) Entre 10 e 19 anos

- (3) Entre 20 e 24 anos
- (4) Entre 25 e 59 anos
- (5) 60 anos ou mais
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.161 Com que frequência isso aconteceu?

- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Frequentemente
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.162 Alguma vez na vida você já feriu alguém com uma faca, estilete, caco de vidro, revólver ou outro objeto?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Sim, TEVE relação com uso de drogas
- (2) Sim, mas SEM relação com o uso de drogas
- (3) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.163 Alguém já forçou você, contra a sua vontade, a ter relações sexuais?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Sim, TEVE relação com uso de drogas
- (2) Sim, mas SEM relação com o uso de drogas
- (3) Não => **Vá para a Q.167**
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.164 Quem fez isso com você? (Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Cônjuge, companheiro, namorado (atual ou ex)
- (2) Pai ou mãe
- (3) Padrasto ou madrasta
- (4) Filhos
- (5) Irmãos
- (6) Outro familiar
- (7) Conhecido/Conhecido da família
- (8) Amigo ou Colega
- (9) Alguém na escola e/ou na creche
- (10) Alguém no abrigo e/ou em outra instituição de acolhimento
- (11) Estranhos
- (12) Alguém no trabalho
- (13) Traficantes
- (14) Policiais
- (15) Outro _____
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.165 Quantos anos você tinha quando fizeram isso com você?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Menos de 10 anos
- (2) Entre 10 e 19 anos
- (3) Entre 20 e 24 anos
- (4) Entre 25 e 59 anos
- (5) 60 anos ou mais
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.166 Com que frequência isso aconteceu?

- (1) Raramente
- (2) Às vezes
- (3) Frequentemente
- (88) NQR
- (99) NSNL

Q.167 Alguma vez na vida você já forçou alguém, contra a vontade dela, a ter relações sexuais?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Sim, TEVE relação com uso de drogas
- (2) Sim, mas SEM relação com o uso de drogas
- (3) Não
- (88) NQR
- (99) NSNL

Bloco J - ENVOLVIMENTO COM A JUSTIÇA

Para finalizar esta entrevista, farei algumas perguntas sobre sua situação com a justiça

Q.168 Alguma vez na vida você foi detido pela polícia (ficou menos de um dia na delegacia)?

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR

Q.170 Você já foi preso alguma vez na vida?

- (1) Sim
- (2) Não
- (88) NQR

Q.169 Por quais motivos você já foi detido ou preso?

(Leia todas as opções e Marque todas as respostas aplicáveis)

| | Motivo | Quantas vezes? |
|-----|-------------------------------|-----------------------|
| (1) | Uso ou posse de drogas | |
| (2) | Tráfico ou produção de drogas | |

| | | |
|-----|---|--|
| (3) | Fraude, furto ou invasão de domicílio | |
| (4) | Assalto/roubo | |
| (5) | Violação de condicional ou de ordem de tratamento | |
| (6) | Homicídio | |
| (7) | Outro _____ | |

(88) NQR

Q.171 Atualmente, qual a sua situação com a justiça?

(Marque todas as respostas aplicáveis)

- (1) Sem problemas com a justiça
- (2) Tem um registro policial criminal
- (3) Investigado em inquérito policial
- (4) Em liberdade condicional
- (5) Cumprindo serviço comunitário / outra pena alternativa
- (6) Sob fiança, mandado de detenção, ou sentença pendente
- (7) Outra _____

(88) NQR

(99) NSNL

ANEXO B – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Estamos convidando você a participar da pesquisa **“Taxas de infecção de HIV, sífilis, hepatites (B e C) e tuberculose; conhecimento, Atitudes e práticas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis e cultura de uso de crack e outras drogas entre usuários de Pernambuco”** que será realizada nos serviços do Programa ATITUDE, entre usuários de drogas com 18 anos de idade ou mais. Os objetivos principais deste estudo são conhecer as formas de uso de crack e práticas relacionadas ao risco de infecções sexualmente transmissíveis; e as taxas de HIV, sífilis, hepatites e tuberculose.

As informações obtidas nesta pesquisa serão úteis para a elaboração de melhores programas de atenção aos usuários de drogas e de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/aids, beneficiando toda a sociedade e, particularmente, os usuários de drogas.

Para participar do estudo você deverá responder um questionário sobre o uso de drogas e de conhecimento acerca de doenças sexualmente transmissíveis e, se quiser, realizar testes rápidos para saber se você tem infecção pelo HIV, sífilis, hepatites B e C e tuberculose, oferecidos de forma gratuita. Um profissional de saúde treinado irá orientá-lo a coletar o escarro para o teste de tuberculose e depois irá fazer um pequeno furo na ponta do seu dedo da mão, com um instrumento apropriado, devidamente esterilizado e descartável, e irá colher algumas gotas de sangue para fazer os outros exames (HIV, sífilis, hepatites B e C). Você poderá sentir um desconforto mínimo e passageiro na ponta do dedo aonde for feita a coleta de sangue. Os resultados dos seus exames serão fornecidos até duas horas após seu sangue e escarro terem sido colhidos. Um profissional de saúde qualificado irá entregar os resultados dos testes a você e, no caso de serem negativos, irá orientá-lo sobre as formas de prevenção dessas doenças. Se algum dos testes realizados for positivo, você será encaminhado a unidade de saúde da família ou a serviços especializados do seu município de residência, para receber acompanhamento e tratamento gratuito. Você poderá também ser convidado para a segunda fase da pesquisa, na qual será realizada uma entrevista sobre sua história de uso de drogas, as formas de uso de crack, as relações desse uso com a violência e outras situações de risco. A entrevista será gravada e algumas respostas poderão ser anotadas pelo pesquisador. Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como de sua identidade (anonimato). Seu nome não será

relacionado às respostas que você der quando responder ao questionário, a entrevista ou aos testes realizados. Questionários e testes serão identificados somente com um número.

Você poderá solicitar esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento, bem como interromper sua participação por qualquer motivo, sem prejuízo na sua relação com o pesquisador ou com o Programa ATITUDE. Em caso de dúvida, você poderá procurar as pesquisadoras responsáveis pelo Projeto: Ana Maria de Brito, Naíde Teodósio Valois Santos e Renata Barreto de Almeida, nos telefones (81) 21012614 ou (81) 21012603. Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Sua aprovação poderá ser verificada através do endereço eletrônico comiteetica@cpqam.fiocruz.br.

Eu, _____, declaro que compreendi este termo e aceito participar do estudo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura do entrevistador: _____

Recife, ____ / ____ / ____

(1ª via Entrevistador/Pesquisador; 2ª via Participante).

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n - Cx. Postal 7472 - Fone: 0XX81 304531911 - CEP: 50670-420 Recife - PE – Brasil <http://www.cpqam.fiocruz.br>

Polegar Direito

ANEXO C – PARECER CEP - FIOCRUZ

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA- CEP do CPqAM/FIOCRUZ



Título do Projeto: "Taxas de infecção de HIV, sífilis, hepatites (B e C) e tuberculose; conhecimento, atitudes e práticas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis e cultura de uso de crack e outras drogas entre usuários de Pernambuco".

Pesquisador responsável: Ana Maria de Brito

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 22/11/2013

Registro no CAAE: 25250413.6.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 506.104

PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 04 de janeiro de 2017. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 05 de fevereiro de 2014


Janaina Campos de Miranda
 Pesquisadora em Saúde Pública
 Coordenadora
 Mat. SIAPE 484777
 CEP / CPqAM / FIOCRUZ

