



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Raquel Rodrigues dos Santos

**Condições de moradia e mobilidade de usuários de crack no Nordeste no período
2011-2013**

Rio de Janeiro

2021

Raquel Rodrigues dos Santos

**Condições de moradia e mobilidade de usuários de crack no Nordeste no período
2011-2013**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências. Área de concentração: Epidemiologia de Doenças Transmissíveis.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos.

Coorientadoras: Prof^ª. Dra. Mariana de Andrea Villas Boas Hacker e Prof^ª. Dra. Jurema Corrêa da Mota.

Rio de Janeiro

2021

Título do trabalho em inglês: Housing conditions and mobility of crack users in the Northeast in the 2011-2013.

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

S237c Santos, Raquel Rodrigues dos.
Condições de moradia e mobilidade de usuários de crack no nordeste no período 2011-2013 / Raquel Rodrigues dos Santos. — 2021.
99 f. : il. color. ; mapas ; tab.

Orientador: Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos.
Coorientadoras: Mariana de Andrea Villas Boas Hacker e Jurema Corrêa da Mota.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2021.

1. Vulnerabilidade Social. 2. Cocaína. 3. Cocaína Crack. 4. Pessoas em Situação de Rua. 5. Condições Sociais. 6. Usuários de Drogas. 7. Análise Espaço-Temporal. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.298

Raquel Rodrigues dos Santos

**Condições de moradia e mobilidade de usuários de crack no Nordeste no período
2011-2013**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de concentração: Epidemiologia de Doenças Transmissíveis.

Aprovada em: 08 de julho de 2021.

Banca Examinadora

Prof^ª. Dr^ª. Raquel Brandini De Boni
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
em Saúde

Prof^ª. Dr^ª. Mônica de Avelar Figueiredo Mafra Magalhães
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva (Ensp/Fiocruz)
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Reinaldo Souza dos Santos (Ensp/Fiocruz)
Fundação Oswaldo Cruz –Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos (Orientador)
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
em Saúde

Rio de Janeiro

2021

À minha família, em especial meus pais, que sempre acreditaram em mim e fizeram todo o possível para que eu realizasse esse sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus, essa força que me manteve firme neste propósito mesmo quando tudo parecia não dar certo. Quando eu achei que não fosse capaz de continuar a fé em ti, me mostrou que tudo aconteceria conforme a vossa vontade e eu não mais temi.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a estudar e fizeram todos os esforços possíveis para que este momento se tornasse realidade.

À minha família, que sempre esteve comigo e me acompanha na jornada da vida me dando todo o apoio para que eu realize meus sonhos.

Ao meu orientador, Chico, que me acompanha desde o mestrado e teve toda a humildade do mundo para compartilhar seu conhecimento, mesmo nos momentos mais complicados e delicados que vivenciamos durante a pandemia sempre foi compreensivo e solícito. Aprendi muito com você, principalmente que o bom humor pode trazer doses de alívio, em muitos momentos foi o que deu leveza para conciliar o trabalho científico com a rotina em hospitais voltados para assistência às vítimas do Covid-19. Às minhas coorientadoras Mariana e Jurema, tão atenciosas desde o princípio, minhas queridas estatísticas. Essa área de exatas nunca foi meu forte, mas vocês tornaram possível a minha ousadia de permear por tantas análises e programas estatísticos. Ao Anselmo que, mesmo não sendo meu orientador, muito me ajudou neste processo. Aprendi mais do que geoprocessamento com você, obrigada pela tranquilidade e disponibilidade que sempre teve comigo.

Aos professores do curso que vieram de tão longe na missão de transmitir conhecimento e na certeza de plantar sementes da Fiocruz no estado do Piauí. Em especial gostaria de agradecer aos coordenadores Silvana e Cosme, que sempre se esforçaram a nos dar o melhor que podiam.

Aos colegas de classe pelo companheirismo nessa jornada de quatro anos. Foram muitos momentos de angústia e incertezas, mas dividi-los com pessoas tão queridas trouxe alívio.

As minhas amigas Laila, Yatamires e Danielle pelos diversos momentos de desabafo e escuta das minhas inquietações.

Aos meus colegas de trabalho agradeço a paciência nos momentos que precisei me ausentar. Obrigada por todo apoio e compreensão.

Separando a minha rua
das outras, do maranhão

Torquato Neto

RESUMO

O uso de crack no Brasil iniciou-se a partir da década de 90. Entre 2001 e 2005, a prevalência do consumo de crack teria aumentado substancialmente no país, se disseminando, rapidamente, por todas as regiões do Brasil. A problemática que envolve o crack traz à tona a vulnerabilidade, evidentemente ampliada, de quem mora na rua. A mobilidade dos usuários de drogas é outro aspecto importante a ser analisado. O Objetivo geral desse estudo é analisar o perfil associado à condição de moradia e os padrões de mobilidade de usuários de crack do Nordeste, no período 2011-2013. Este projeto utiliza dados da Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack, inquérito realizado em 2012, em cenas abertas para consumo do Nordeste do Brasil. As análises levaram em consideração o plano amostral, incorporando à análise as ponderações pertinentes. O primeiro artigo comparou as características sociodemográficas, o uso de drogas, comportamentos sexuais, utilização de serviços de saúde e o envolvimento com o crime de usuários de crack domiciliados e em situação de rua. Realizou-se análise discriminante para analisar as características dos usuários de crack e outras drogas segundo sua condição de moradia e análise de correspondência para verificar a relação conjunta entre as características pesquisadas e os grupos de usuários com e sem moradia. O modelo final da regressão logística evidenciou as variáveis que se mostraram significativamente associadas a morar na rua: “idade”, “sexo”, “trabalho”, [frequência a] “serviços que oferecem alimentação gratuita”, frequência a “Caps-ad”, “detenção no último ano”, “uso de tabaco e oxi nos últimos 30 dias”. Na análise de correspondência foi observada a relação de proximidade no espaço analítico das variáveis “troca de sexo por drogas”, “trabalho informal” e “desemprego”, “idade” >31 anos, “não acesso a Caps-ad nos últimos 30 dias”, “problemas com a justiça criminal” e “sexo feminino” com o fato de um subconjunto de usuários de crack estarem desabrigados. O segundo artigo analisou aspectos da dinâmica socioespacial da população de usuários de crack na cidade de Teresina. Para isso, realizou-se análise espacial utilizando técnicas de geoprocessamento. Foram elaborados mapas temáticos através do Sistema de Informação Geográfica (SIG) QGIS, versão 3.6 e foram geocodificados os locais de entrevistas, empregando para essa finalidade o Sistema de Vigilância e Controle (ViconSaga). A distribuição espacial observada da população de usuários de crack em cenas abertas na cidade de Teresina se mostra mais densa e dinâmica no bairro do “Centro”, se caracterizava, à época, como polo de atração de usuários originários de outras regiões. Diferentemente do Sul/Sudeste, pouco se sabe sobre usuários de crack em contexto na Região Nordeste do Brasil.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social; Cocaína; Crack; Pessoas em Situação de Rua.

ABSTRACT

The use of crack in Brazil started in the 90's. Between 2001 and 2005, the prevalence of crack consumption might be substantially increased all over in the country. The problems and harms associated with the use of crack brings to light the vulnerability, obviously, increased by those who are homeless and live in the streets. The mobility of drug users is another important aspect to be analyzed. The general aim of this study is to analyze the characteristics associated with the housing condition/“absence of it” and the mobility patterns of crack users in the Northeast, during the period 2011-2013. This project uses data from the National Survey on the Use of Crack, a survey carried out in 2012, in open scenes where crack cocaine is sold and used in Northeast Brazil. The analyses took into consideration the complex sampling design, incorporating the relevant weightings into the analysis. The first article compared the sociodemographic characteristics, the drug using patterns, sexual behaviors, the use of health services and the involvement with crime/law enforcement of crack users who had or had not a stable place to live. A discriminant analysis was carried out to analyze the characteristics of crack and other drug users according to their housing condition. Correspondence analysis was also carried out to verify the joint relationship between the observed characteristics and the subsets of users, with and without a stable place to live. The final model of logistic regression showed the variables that were significantly associated with living in the streets: “age”, “sex”, “work”, [attendance at] “services offering food for free”, [attendance at] “Caps-ad” (i.e. a dedicated health unit), “Detention in the last year”, “use of tobacco and ‘oxy’ [emic variety of crack/coca paste] in the last 30 days”. In the correspondence analysis, the relationship of proximity in the analytical space of the variables “exchange of sex for drugs”, “informal work” and “unemployment”, “age” > 31 years, “no attendance at a Caps-ad in the last 30 years”, “problems with criminal justice” and “to be a woman” with belonging to the subset of crack users who are homeless. The second article analyzed aspects of the socio-spatial dynamics of the population of crack users in the city of Teresina. Geoprocessing methods and techniques have been used for this purpose. Thematic maps were elaborated via Geographic Information System (GIS) QGIS version 3.6. Places where users were interviewed were geocoded, using the Surveillance and Control System (ViconSaga). The spatial distribution of the population of crack users across open drug scenes in the city of Teresina is shown to be more dense and dynamic in the “Centro” neighborhood, which function as a “magnet” for users from other locations. Unlike what has been made available in the South/Southeast, little is known about crack users in context in the Northeast Region of Brazil.

Keywords: Social vulnerability; Crack Cocaine; Homeless Persons.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Regiões de influência de Teresina, 2018	21
----------	---	----

ARTIGO 1

Figura 1	Análise de correspondência final	40
Figura S4	Análise de correspondência do bloco sociodemográfico no Nordeste brasileiro, 2012	70
Figura S5	Análise de correspondência do bloco sobre uso de drogas no Nordeste brasileiro, 2012	70
Figura S6	Análise de correspondência do bloco sobre o comportamento sexual no Nordeste brasileiro, 2012	71
Figura S7	Análise de correspondência do bloco sobre serviços sociais, de tratamento e criminal no Nordeste brasileiro, 2012	71

ARTIGO 2

Figura 1	Área urbana da cidade de Teresina, 2013	77
Figura 2	Unidade da federação informada pelos usuários como último local de residência nos últimos 30 dias	81
Figura 3	Distribuição de usuários em situação de rua, no município de Teresina, 2012	82
Figura 4	Fluxo entre o local de moradia e o local de consumo de usuários de crack de cenas abertas, no município de Teresina, 2012	83
Figura 5	Mapa de densidade de locais de consumo por Bairros, segundo estimador Kernel, no município de Teresina, 2012	84

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1	Perfil dos usuários de crack estratificados segundo a sua condição de moradia no Nordeste brasileiro, 2012	39
Tabela 2	Modelo multivariado final	39
Tabela S2	Comportamento sexual dos usuários de crack no Nordeste brasileiro, 2012	69
Tabela S3	Serviços sociais, de tratamento e criminal utilizados pelos usuários de crack no Nordeste brasileiro, 2012	69

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
3	OBJETIVOS	18
3.1	OBJETIVO GERAL	18
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
4	METODOLOGIA GERAL	19
5	RESULTADOS	22
5.1	ARTIGO 1: CARACTERÍSTICAS DE USUÁRIOS DE CRACK QUANTO À SITUAÇÃO DE MORADIA NO NORDESTE BRASILEIRO, 2011-2013	23
5.1.1	Apêndice do artigo 1	41
5.2	ARTIGO 2: CONDIÇÕES DE MORADIA E MOBILIDADE DE USUÁRIOS DE CRACK EM TERESINA, PIAUÍ, REGIÃO NORDESTE DO BRASIL NO PERÍODO 2011-2013	73
6	CONCLUSÕES	93
7	RECOMENDAÇÕES	94
	REFERÊNCIAS	95
	ANEXO A– PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP	98
	ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO CEP/ENSP	99

1 INTRODUÇÃO

O crack é um subproduto da cocaína, ao qual é adicionada uma base (bicarbonato de sódio ou amônia) e um solvente (éter ou acetona), e se apresenta na forma de uma pequena pedra, sendo consumido exclusivamente através do fumo, atingindo os pulmões em pouco tempo e chegando ao cérebro muito rapidamente (CORNISH; O'BRIEN, 1996). É uma droga de ação extremamente rápida (em 10 a 15 segundos são observados os primeiros efeitos), quando comparada com drogas administradas por outras vias: intranasal (10-15 minutos) e intravenosa (3-5 minutos) (DUARTE; FORMIGONI, 2017).

Nos cenários de uso é frequente o uso de termos diversos cuja caracterização é pouco clara e basicamente contextual, como merla, “oxi” (denominação local frequente da pasta/crack, embora toxicologicamente imprecisa) (BASTOS et al., 2011; SILVA JUNIOR et al., 2012).

Dados epidemiológicos nacionais acompanharam o crescente aumento de consumo desta droga nas diversas regiões e localidades do país ao longo dos anos (GALDURÓZ et al., 2020; BASTOS; BERTONI, 2014). Informações sistematizadas pela Organização das Nações Unidas, 2010, indicam que enquanto o mercado consumidor de crack tem-se reduzido nos EUA (PARKER; ANTHONY, 2014), país precursor da droga, o inverso vem ocorrendo em países europeus e em outros mercados emergentes, como é o caso do Brasil.

O aumento do consumo de crack se tornou um problema de saúde pública no Brasil, seja pela crescente violência associada ao tráfico de drogas, seja pela formação de extensas cenas de tráfico e consumo em locais públicos, habitualmente denominados “cracolândias”, designação que receberam, de forma pejorativa, os espaços onde há venda e uso de drogas, especialmente o crack (embora o poliuso seja a regra, segundo diversos estudos empíricos). Soma-se a esses problemas, o impacto que essas substâncias trazem à vida do usuário que faz dela uso contínuo e intenso como: distúrbios (alérgicos, infecciosos etc.) nas vias aéreas, comprometimento da saúde bucal, da memória e da coordenação motora. O enfrentamento/redução dos problemas e danos associados ao uso abusivo desta substância é complexo e publicações recentes apontam a enorme vulnerabilidade social que afeta essa população. Por isso é importante diagnosticar precocemente os usuários evitando (ou, ao menos, minimizando) desfechos negativos como o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos graves (SOUZA, 2016; DUARTE; FORMIGONI, 2017).

Entende-se que as ações repressivas realizadas isoladamente pelos governos em diferentes localidades não determinaram impacto ou mudança substancial nos padrões de consumo das drogas. No Canadá, estudos evidenciaram que os programas de apreensão de

drogas, através de ações policiais intensas, não determinaram redução na frequência do uso de drogas ou alteraram a estrutura de preços. Essas medidas levaram ao deslocamento de traficantes e usuários para outras áreas, reconfigurando as redes de tráfico e territórios, ocasionando o aumento de crimes e tráfico sexual associado às drogas ilícitas em áreas vizinhas (WOOD, 2004).

Há estudos que evidenciam que a mobilidade tem importante contribuição para riscos de adquirir infecções, HIV/HCV, especialmente em usuários com instabilidade residencial. Foi verificado que esse grupo sem moradia efetiva/estável está mais sujeito a comportamentos de risco, como compartilhamento de objetos e troca de sexo/dinheiro por drogas (BOODRAM et al., 2018).

Tendo em vista os estudos disponíveis na literatura, é evidente que há especificidades nas cenas de uso do crack de um modo geral, e, no caso específico, do Nordeste (à exceção da Bahia), que não conta com estudos que explorem esse tema. Visando contribuir para o enfrentamento das especificidades de uso do crack em uma região com poucos (em determinadas UFs, nenhum) estudos na área.

Sob o ponto de vista de geração de conhecimento e apoio ao campo de políticas públicas em saúde, conhecer as populações de usuários, compreender melhor o contexto social e histórico em que estão envolvidos traz importantes subsídios para o enfrentamento de um problema tão complexo e de tal magnitude.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Não se sabe ao certo a origem do crack, mas uma das teorias contextualiza sua gênese no mercado, profundamente adulterado, da cocaína nos EUA, nos anos 80, devido aos elevados preços da cocaína dita “pura” (CORNISH; O’BRIEN, 1996) e do forte controle exercido sob substâncias precursoras, utilizadas no refino da cocaína (enquanto a produção do crack é de natureza basicamente artesanal) (INCB, 2016). No Brasil, o tráfico e consumo parece ter seu início nos primórdios da década de 90 e há registros de artigos sobre usuários de crack em São Paulo nesta época (NAPPO et al., 1994; NAPPO et al., 1996).

Embora constantemente esteja associada ao uso compulsivo/grave, há registros de diversos padrões de consumo, inclusive relatos de uso eventual (OLIVEIRA; NAPPO, 2008; RUI, 2014). O uso prejudicial do crack parece estar presente em todas as regiões do país. Porém, a despeito dessa disseminação, persistem importantes diferenças nos padrões de consumo e nas cenas de uso das diversas localidades.

Em estudo realizado nas cenas de uso do estado de Santa Catarina observou-se particularidades do padrão de consumo dos usuários da capital quando comparados aqueles do Meio Oeste, enquanto os usuários de Florianópolis apresentavam um estado geral de saúde visivelmente comprometido, muito provavelmente por morarem na rua em condições insalubres e enfrentarem a fome, o clima adverso e a violência cotidiana, enquanto aqueles observados nas outras cidades demonstravam ter renda (ainda que baixa), trabalho (fosse ele regular ou não) e realizar outras atividades sociais, que conseguiam até certo ponto “conciliar” com o uso do crack (ZEFERINO et al., 2017).

A exemplo das consequências do uso problemático do crack está um estudo de revisão sistemática e meta-análise, que reuniu estudos sobre potenciais problemas de saúde advindos do uso desta droga (BUTLER et al., 2017). Como principais resultados, esse estudo elencou os seguintes problemas de saúde associados ao consumo de crack: comprometimento cognitivo, doença cardiovascular, malformações congênitas, mortalidade prematura, doenças infecciosas e parasitárias (como HIV, hepatite C, sífilis e tricomoníase), transtornos mentais e comportamentais, além de outras condições de elevada morbimortalidade, como acidentes e diversos tipos de violências (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2012; BUTLER et al., 2017).

É raro que usuários de drogas façam uso exclusivo de uma única substância. O mais provável é que, ao longo do tempo, façam uso simultâneo/sucessivo de diferentes substâncias, como, por exemplo, álcool e crack. Obviamente, o uso intenso de crack de um paciente

diagnosticado como dependente de álcool ou com comorbidade psiquiátrica grave se mostra geralmente associado a quadros mais complexos, de mais difícil manejo e frequentemente persistentes e potencialmente mais graves (SANCHEZ; NAPPO, 2002; SANCHEZ; NAPPO, 2007).

Os profissionais que identificam os pacientes que fazem uso abusivo de mais de uma substância deverão focar seus esforços, prioritariamente, na substância mais prejudicial para o usuário e na qual ele investe mais da sua energia psíquica, tempo e que mais compromete e fratura seus laços sociais. Insistir na abstinência, a curto e médio prazo, de todas as substâncias ao mesmo tempo pode trazer resultados adversos e contraproducentes, pois metas por demais ambiciosas podem resultar em desorientação e ceticismo quanto à sua efetivação. O mais aconselhável é identificar junto com o paciente no questionário de triagem a droga que determina um maior impacto negativo sobre a vida cotidiana e estabelecer intervenções específicas para a substância identificada, no contexto geral da vida psíquica e das relações sociais do paciente (DUARTE; FORMIGONI, 2017).

São inúmeros os estudos internacionais que evidenciam a associação entre o uso abusivo de drogas e morar na rua (MCVICAR et al., 2015; DUNNE et al., 2015; CHEUNG et al., 2015; PHILLIPS et al., 2015; TYLER et al., 2016). O uso problemático de crack e sua associação com a ausência ou precariedade do capital social e a baixa ou nenhuma renda do usuário (e suas famílias e redes de pares) é um tema central a ser debatido. O indivíduo que faz parte de uma classe social privilegiada e/ou uma rede de suporte possui, via de regra, trajetória distinta daquele “morador de rua”, mesmo sendo ambos usuários prejudiciais/dependentes de uma mesma droga. Há que relativizar, entretanto, esta distinção: é perfeitamente possível que indivíduos com algum patrimônio, rede de relações e inserção no mercado profissional, uma vez em conflito com o mundo do trabalho e da família, acabem por vivenciar um processo de progressiva marginalização e estigmatização (RUI, 2014; SOUZA, 2016).

Ainda assim, é importante contextualizar que o indivíduo de classe média possui mecanismos que lhe permitem fazer uso repetido das substâncias (habitualmente prejudicial) restrito a ambientes privados, enquanto que os desprivilegiados socialmente são expostos mais frequentemente às cenas abertas e conseqüentemente repressão policial. Por esse motivo, são, habitualmente, estigmatizados tão logo iniciam o uso da substância, neste caso ilícita (GARCIA, 2016), embora quadros similares possam ser observados em usuários em locais públicos, com dependência de substâncias lícitas, como o álcool (KERTESZ, 2021).

A saúde dos usuários de crack em situação de rua habitualmente se apresenta bastante prejudicada e os serviços de saúde convencionais se mostram, via de regra, despreparados para

lidar com esse público por diversos motivos. Uma revisão de literatura referente a artigos publicados nos EUA, Canadá e Reino Unido, em 2012-16, sistematiza as principais características dos programas de atenção primária bem-sucedidos, que atuavam no atendimento a pacientes moradores de rua, identificou, como características predominantes destes serviços: o enfoque multiprofissional, a articulação entre os serviços de saúde mental e o apoio social. Os aspectos desses programas que se mostraram associados a desfechos positivos foram: cuidado primário de saúde com formato individualizado para esta população, equipes clínicas multiprofissionais que contavam com médicos e enfermeiros e conexão atuante nas áreas de apoio social e saúde na comunidade (JEGO et al., 2015).

Um estudo canadense, realizado nos anos de 2006-2008, analisou a associação entre troca de sexo por crack entre moradoras de rua na cidade de Vancouver, British Columbia, Canadá, por meio de uma coorte prospectiva. Foi observado que quase a metade das trabalhadoras do sexo deste estudo que fumavam crack relataram trocar sexo por crack. Devido ao uso inconsistente de preservativos por parte de profissionais do sexo e mulheres que de forma eventual/esporádica se engajam em sexo comercial, que em momentos de fissura (“craving”) pela droga são especialmente vulneráveis a violências de gênero, o que reduz ou mesmo anula a capacidade de negociar o uso de preservativos com clientes/parceiros. Outro fator adverso é que os moradores de rua são expostos a um ambiente de risco quanto a práticas de compartilhamento de apetrechos utilizados no consumo de substâncias, como canudos e cachimbos e similares. Além disso, observou-se violência generalizada entre as mulheres que usam crack independente da prática de trocar sexo por droga (DUFF et al., 2013).

No Brasil, um inquérito soroprevalência realizado em quatro municípios do Piauí, nos anos de 2011 e 2012, investigou a soroprevalência da Hepatite C em uma amostra de 353 usuários de crack atendidos em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD). Como resultado, verificou-se uma prevalência pontual para o anti-HCV de 1,4% e de 1,1% para o RNA-HCV. Uma parte considerável dos usuários fazia uso de crack a despeito de estar em tratamento nos CAPS AD (37,1%), menos da metade fazia uso de preservativos durante as relações sexuais (49,3%), praticamente 1/3 foi diagnosticado com alguma DST (31,2%) e a maioria já havia tido problemas com a justiça (66,9%). Foi observada associação entre uma maior prevalência de Hepatite C e usuários com média de idade 40,2 anos (vs. os mais jovens (idade média de 29,3) ($p=0,02$); que moravam sozinhos comparado aos que compartilhavam o domicílio com média de 4 pessoas ($p=0,01$); com maior tempo de uso do crack (média de 132 meses) em relação aqueles que utilizaram o crack por tempo inferior (média de 55,5 meses) ($p=0,01$); que faziam uso contínuo de crack comparado com aqueles que já haviam

interrompido o uso do crack ($p=0,01$) e que tinha como prática o compartilhamento de cachimbo comparado aqueles que não compartilhavam ($p=0,01$) (SÁ et al., 2013).

A política de enfrentamento das drogas no Brasil obteve alguns avanços ao longo dos anos e a distinção criminal entre usuários e traficantes se mostrou relevante, ainda que persista uma área nebulosa no campo do direito e da aplicação de medidas de restrição da liberdade (BOITEUX, 2015). Medidas como essas, se aplicadas de forma criteriosa, poderiam determinar impacto substancial quando se sabe que o controle de uso de drogas como o crack tem maior efeito quando se investe em estratégias de amparo social, associadas às ações mais específicas de saúde. Essas ações envolvem: incentivo à reinserção no mercado de trabalho, criação e fortalecimento de redes de apoio, programas de cuidado e tratamento e outras ações sociais estruturadas (GRAHAM, 2011; KNIGHT et al., 2017).

Muitos estudos vêm enfatizando a importância da rede de apoio social na obtenção e eventual manutenção da abstinência do usuário, na maior eficácia no tratamento e na redução do estresse (HWANG; BURNS, 2014; MCVICAR et al., 2015; HAYASHI et al., 2019). Entender a importância da contribuição desses processos é central para subsidiar intervenções mais apropriadas para o enfrentamento de problemas decorrente do uso abusivo de substâncias psicoativas. Essa dinâmica, observada em anos recentes na América do Norte e União Europeia, parece associada à redução de gastos com serviços de saúde voltados para hospitalizações e o eventual aumento no investimento em redes de apoio e instituições de suporte social, como comunidades terapêuticas e residências de passagem/apoio (STEVENS et al., 2015).

Um estudo transversal, realizado no ano 2011, em centros de estudos das capitais Salvador, São Paulo e Porto Alegre analisou potenciais problemas familiares entre usuários de crack/cocaína, comparando-os a usuários de álcool e outras substâncias. Os resultados evidenciaram que o grupo dos usuários de crack apresentou problemas familiares mais graves (se comparados aos demais usuários), maiores dificuldades de relacionamento com parceiro e ausência de suporte no cuidado com os filhos. Essas características permitem compreender melhor algumas barreiras ao tratamento e à abstinência continuada (i.e. sem interrupções), por períodos relativamente dilatados (MOURA et al., 2014).

Além da rede de apoio social e familiar como recurso potencialmente favorável à redução do uso prejudicial do crack, as políticas de redução de danos também podem ser eficazes na redução dos fatores de vulnerabilidade e risco, promovendo melhor qualidade de vida do usuário. No âmbito da política de redução de danos, os EUA têm-se mostrado um país que apresentou resistência, no âmbito federal, ao longo de um extenso período da implantação desses programas (ainda que fossem inúmeros os programas de base local e estadual), o que,

em boa medida, foi reeditado com o fim da administração Obama.

Três aspectos devem ser entendidos sobre o tema no contexto norte-americano: a “demonização” histórica das pessoas que usavam substâncias psicoativas (configurados na figura emblemática do “dope fiend”, *grosso modo*, traduzível como “o viciado em narcóticos”; ver Musto, 1999, em estudo clássico sobre o tema); a identificação do consumo de drogas com pessoas marginalizadas, minorias étnicas e raciais (quando estas, na verdade, correspondem a uma fração do conjunto de pessoas que utilizam substância de forma prejudicial, ainda que tenham maior visibilidade); além da resistência do governo federal em financiar políticas que, segundo os seus críticos, incentivariam o consumo de drogas, com um veto federal a qualquer dispêndio nessa área que persistiu até o governo Obama (DES JARLAIS, 2017).

Os moradores de rua estão rotineiramente expostos a diversos riscos, e o uso diário e intenso do crack faz com que eles tenham de dividir espaços de risco e caracterizados por situações insalubres (becos, terrenos baldios) com estranhos e também a um compartilhamento mais frequente de apetrechos (como cachimbos improvisados, latas e bulbos de lâmpadas cortados). Essas informações deixaram clara a necessidade de se trabalhar com a política de redução de danos nestes próprios locais (ao invés de simplesmente encaminhar as pessoas a centros mais ou menos distantes), com a distribuição de *kits* que contêm apetrechos estéreis (ou seja, não associados à transmissão de infecções), intervenções educativas, alternativas de geração de renda, abrigamento e suporte social, ou seja, um conjunto integrado de intervenções que possam contribuir para reduzir a troca de sexo por crack e promover hábitos mais saudáveis/de menor risco (DUFF et al., 2013).

A mobilidade e o uso de drogas ilícitas estão intimamente associados e representam um fenômeno social complexo, que exige estudos que explorem essa dinâmica de forma a aprofundar a cultura de uso, a produção e o tráfico de drogas no contexto de cada região. As atividades de controle e repressão das drogas normalmente dispersam essa população para outras regiões, o que leva a um aumento da mobilidade. Essas situações expõe a inter-relação do uso de drogas e da mobilidade, indicando a complexidade social envolvida e a necessidade de estudos que explorem as diferenças locais e regionais (COUMANS et al., 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar o perfil associado à condição de moradia e os padrões de mobilidade de usuários de crack em cenas abertas do Nordeste brasileiro no período 2011-2013.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Comparar as características sociodemográficas, uso de drogas, comportamento sexual, utilização de serviços de saúde e envolvimento com o crime de usuários de crack domiciliados e em situação de rua da região nordeste;
- ✓ Analisar aspectos da dinâmica socioespacial da população de usuários de crack em cenas abertas na cidade de Teresina.

4 METODOLOGIA GERAL

Avaliou-se a distribuição de variáveis selecionadas por se tratar de variáveis potencialmente associadas à condição de moradia, de acordo com as análises exploratórias, a plausibilidade epidemiológica e o que é descrito na literatura pertinente. A plausibilidade se baseou em alguns dos critérios de Hill, devidamente atualizados e modificados, uma vez que não se trata de uma investigação de possíveis associações de natureza causal. Ainda assim, deve-se seguir critérios claramente definidos de avaliação de possíveis associações, minimizando a chance de gerar associações espúrias, fenômeno infelizmente frequente na análise de bancos de grandes dimensões, como os que caracterizam os inquéritos populacionais (*surveys*).

Para uma visão crítica da utilização dos critérios de Bradford Hill na epidemiologia do século XXI, consultar a excelente revisão de Fedak et al. (2015), ainda que redigida com foco, não na área de inquéritos populacionais, mas da epidemiologia molecular.

Para elaboração do artigo intitulado “Características de usuários de crack quanto à situação de moradia no Nordeste brasileiro, 2011-2013” utilizou-se variáveis referentes a: risco de aquisição de infecções/doenças infecciosas, comportamentos e práticas sexuais, estado de saúde, acesso e utilização de serviços sociais e de tratamento, e envolvimento com a justiça criminal.

Os estágios de seleção em cada estrato geográfico e os procedimentos para recrutamento dos voluntários estão descritos em detalhe no material suplementar do artigo de Coutinho e colaboradores (2019).

O modelo final foi submetido a diagnóstico quanto à sua parcimônia e ajuste, de acordo com as indicações do livro texto, hoje clássico, de Hosmer e Lemeshow, na sua 3ª edição (com a participação de R.X. Sturdivant), publicada inicialmente em 2013.

A qualidade do ajuste foi avaliada por meio do teste de Hosmer e Lemeshow, adotando-se um nível de significância de 5,0%. Este teste mediu a correspondência entre valores observados e estimados da variável dependente, sendo o melhor ajuste aquele com uma menor diferença entre valores estimados e efetivamente observados. O modelo final foi apresentado com as estimativas das *Odds Ratio* brutas e ajustadas, com os respectivos intervalos de 95% de confiança. As análises foram realizadas com auxílio do *software* Statistic Package for Social Science (SPSS for Windows, versão 21.0), utilizando-se o módulo “Complex Samples”, com análises adicionais implementadas em R.

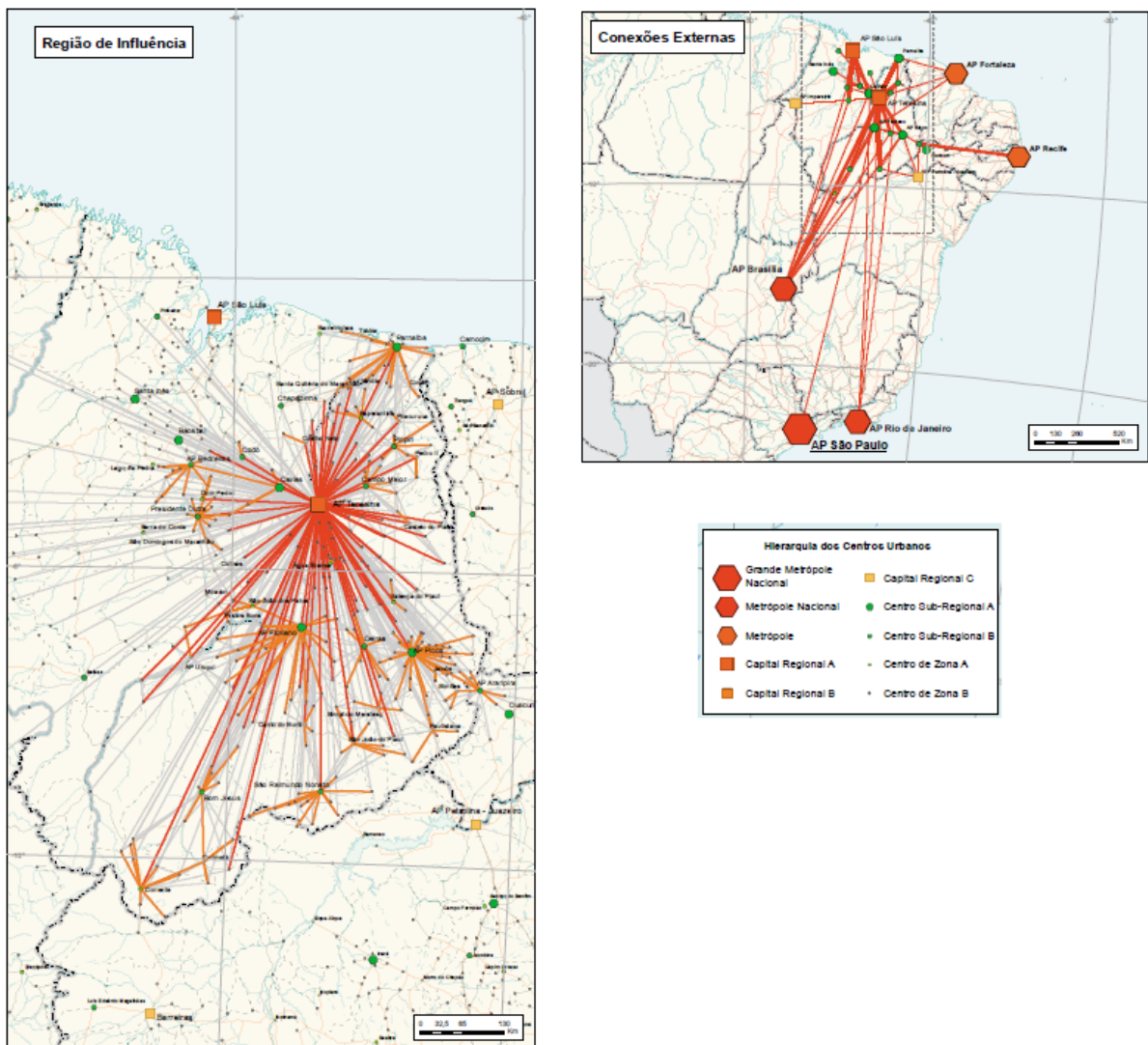
A análise de correspondência múltipla foi utilizada para explorar as relações conjuntas entre as variáveis de interesse e a condição de moradia. A análise de correspondência considerou, para fins de interpretação, a proximidade entre as categorias das variáveis, medida pela distância euclidiana entre elas, além da contribuição relativa das variáveis nas respectivas dimensões.

Para realização do artigo 2 “Condições de moradia e mobilidade de usuários de crack em Teresina, Piauí, região Nordeste do Brasil no período 2011-2013” os dados tabulares correspondentes ao supramencionado inquérito (*survey*) foram estruturados em bases digitais cartográficas para realização de análise espacial utilizando técnicas de geoprocessamento. Nesse contexto foram elaborados mapas temáticos através do Sistema de Informação Geográfica (SIG) QGis versão 3.6, sendo utilizadas, nesse processo, malhas cartográficas digitais disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) <https://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#mapa206642> e pela Secretaria Municipal de Planejamento de Teresina (SEMPLAN) <https://semplan.pmt.pi.gov.br/mapas-interativos/>. Também foram geocodificados os locais de entrevistas, empregando para essa finalidade o Sistema de Vigilância e Controle (ViconSaga), desenvolvido no laboratório de Geoprocessamento da UFRJ, disponível em: <https://www.viconsaga.com.br/site/home>.

Nesta segunda etapa do trabalho e formulação do segundo artigo optou-se por focalizar em Teresina em razão da observação da centralidade do fluxo na capital do estado do Piauí, como consta no relatório clássico do IBGE sobre centralidade e fluxos. Outra observação importante a ser mencionada é que os dados existentes para o Piauí são poucos, o que os torna não apenas esparsos em demasia, com uma sobreposição forte com o Maranhão, o que é mencionado no artigo, quanto a certas localidades, mas ressalta-se que em momento algum foi analisado a geografia do Maranhão.

A pesquisa de regiões de influência das Cidades (REGIC), define a relação entre os municípios por uma abordagem de escala que identifica a abrangência de influência de uma determinada localidade sobre outras. No caso de Teresina uma relação interessante, que ocorre entre as UFs (Maranhão e Piauí) seria o fluxo existente entre Timon e Teresina. Na relação entre as duas cidades se observa a influência do centro urbano da capital em oferecer diversidade de ofertas de empregos, disponibilidade de serviços de saúde, além de outros bens que atraem populações de Timon a se deslocarem para Teresina. Classificada como Capital Regional (REGIC, 2018), a cidade de Teresina apresenta um alto potencial de centralização/atração relativo ao acesso na área da saúde (baixa, média e alta complexidade). As metrópoles da Região Nordeste são as cidades de Fortaleza, Recife e Salvador.

Figura 1. Regiões de influência de Teresina, 2018



Fonte: IBGE, 2018

5 RESULTADOS

Os resultados da tese foram construídos no formato de dois artigos. O primeiro artigo “Características de usuários de crack quanto à situação de moradia no Nordeste brasileiro, 2011-2013” foi submetido a Revista Ciência & Saúde Coletiva e aguarda parecer dos editores. O segundo artigo “Condições de moradia e mobilidade de usuários de crack em Teresina, Piauí, Região Nordeste do Brasil no período 2011-2013” está estruturado sob formato de artigo e será submetido posteriormente.

5.1 ARTIGO 1

Características de usuários de crack quanto à situação de moradia no Nordeste brasileiro, 2011-2013**Characteristics of crack users regarding the housing situation in Northeast, Brazil, 2011-2013**

*Artigo submetido a revista Ciência & Saúde Coletiva

Resumo

Introdução: As condições de vida dos usuários de crack e outras drogas são adversas em determinados subgrupos. **Objetivo:** Comparar características sociodemográficas, padrões de consumo de substâncias, comportamento sexual, utilização de serviços de saúde e envolvimento criminal de usuários, domiciliados e em situação de rua. **Métodos:** Dados secundários do Inquérito Nacional sobre Uso do Crack, utilizando análise discriminante e de correspondência para comparar características dos usuários segundo condição de moradia. **Resultados:** O modelo final de regressão logística evidenciou associações entre “situação de rua” e ser do sexo feminino, trabalho descontínuo, consumo de tabaco e “oxi” nos últimos 30 dias, uso de serviços de alimentação gratuita, baixo acesso a tratamento (e.g. Caps-ad) e frequentes detenções no último ano. Na análise de correspondência observou-se proximidade no espaço analítico de “troca de sexo por drogas”, “trabalho informal”, “idade” >31 anos, “baixo acesso a Caps-ad”, “problemas com a justiça criminal” e “sexo feminino” com os usuários de crack desabrigados. **Conclusão:** Pouco se sabe sobre usuários de crack em contexto na Região Nordeste do Brasil. Os resultados evidenciam dois subgrupos com características específicas. Enquanto os domiciliados têm acesso aos serviços de CAPS-ad e outras clínicas especializadas, os usuários em situação de rua relataram, basicamente, acesso a serviços de alimentação gratuita e redução de danos.

Palavras-chave: Vulnerabilidade Social; Cocaína Crack; Pessoas em Situação de Rua;

Abstract:

Introduction: A substantial fraction of people who smoke crack cocaine live in dire conditions. **Aim:** We compared sociodemographic characteristics, substance using patterns, sexual behavior, use of health services, and criminal records of homeless vs. domiciled users. **Methods:** Data are from the National Survey on Crack Use. A discriminant model and correspondence analysis cross-compared characteristics of users according to their housing situation. **Results:** The logistic model made evident association between “living in the streets” and to be a female, to work intermittently. “Homeless” was also found to be associated with the use of tobacco and “oxi” in the last 30 days, the use of soup kitchens, low access to public mental health services and arrests in the last year. Correspondence analysis highlighted the spatial closeness of the variables as follows: “have trade sex for drugs”, “informal work”, “>31y old”, “access to public mental health services”, “problems with criminal justice”, and to be a female with homeless crack users. **Conclusions:** People who smoke crack cocaine in the Brazilian Northeast are seldom studied. Their profiles, stratified according to their living conditions show subgroups with specific characteristics. While domiciled users have access to specialized clinics, homeless users basically reported access to free food and harm reduction services.

Keywords: Social Vulnerability; Crack Cocaine; Homeless Persons

INTRODUÇÃO

Segundo os órgãos de segurança pública, profissionais e unidades de saúde, o uso de crack no Brasil iniciou-se na década de 90, integrando o mercado ilícito em São Paulo (capital e região metropolitana), com uma demanda crescente por uma droga barata e de grande portabilidade – pequenas pedras, de baixo custo unitário (1,2). Entre 2001 e 2005, a prevalência do consumo de crack teria aumentado substancialmente, se disseminando, rapidamente, por diferentes regiões do Brasil, incluindo centros urbanos, cidades de médio e pequeno porte, e a zona rural (3,4).

Nos EUA, a emergência em saúde pública devido ao uso de crack teve lugar na década anterior, quando a nova droga, inicialmente rara, cuja produção era então semiartesanal (5) e inicialmente utilizada de forma experimental/circunstancial, passou a ser consumida de forma contínua ou, mais frequentemente, intermitente (alternando períodos de uso intenso [*binge*] com quadros de apatia e esgotamento) (6), definindo um uso prejudicial e dependente (7).

De forma complementar, o uso prejudicial e dependente do crack traz à tona a vulnerabilidade ampliada das pessoas em situação de rua. Os usuários em situação de rua enfrentam diversas adversidades e obstáculos característicos da condição de não ter moradia: ausência de espaço privado/protegido para higiene pessoal ou alimentação, e mesmo guardar vestimentas e alimentos. Essa população não consegue muitas vezes ser atendida em serviços públicos por não possuírem documentos ou ser discriminada, explícita ou veladamente, pelas precárias condições de higiene, preconceitos dos profissionais e desconfiança dos usuários quanto aos serviços, especialmente sua real ou hipotética ligação com o aparelho jurídico-policial, e a chance de serem vítimas de abuso, violência ou detenção arbitrária (8).

Um exemplo de como a condição de moradia afeta a saúde desses usuários foi evidenciado por estudo realizado em Ottawa, Canadá, em 2002/3, que partiu da hipótese de que pessoas em condição de rua estão mais expostas a diferentes modalidades de vitimização (violência verbal, agressão e violência sexual), comparativamente à população com residência estável, comprometendo a saúde mental e a integridade física dos sem-teto. Os resultados mostraram que as experiências de abuso sexual na infância e outros fatores estressantes comuns a populações desabrigadas impactaram de forma negativa, muitas vezes duradoura, a saúde mental dos entrevistados (9).

A saúde dos usuários de crack em situação de rua habitualmente se apresenta comprometida e os serviços de saúde convencionais se mostram, via de regra, despreparados para lidar com essa população. A literatura referente a artigos publicados nos EUA, Canadá e Reino Unido (2012/6), sistematizou as principais características dos programas de atenção primária bem-sucedidos que atuavam no atendimento a pacientes em situação de rua: enfoque multiprofissional, articulação entre os serviços médicos gerais e de saúde mental, e apoio social (10).

Este estudo analisa a condição da moradia, elemento essencial na abordagem dessa população, antes mesmo das abordagens terapêuticas senso estrito (e.g. farmacoterapia e psicoterapia). Dispor de moradia é um elemento central, ainda que os usuários tenham problemas adicionais, como a fome e a violência. Diversos estudos enfatizam o “housing first”, ou seja, a priorização do abrigo e, se possível, domicílio regular desses usuários em situação de rua (11). Comparam-se as características sociodemográficas, os padrões de uso de drogas, o comportamento sexual, a utilização de serviços sociais e de saúde e o histórico de prisão e/ou detenção de usuários de crack domiciliados e em situação de rua, no Nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Desenho

O presente estudo é um inquérito (*survey*), e utiliza e analisa dados secundários da *Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack*, inquérito realizado em 2011/2 nas 5 macrorregiões do Brasil, financiado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça e Segurança Pública, sob a coordenação da FIOCRUZ.

Os dados secundários foram extraídos do questionário do “Inquérito Epidemiológico” da referida Pesquisa Nacional, com base em uma amostra probabilística de usuários de crack e similares das 26 capitais, Distrito Federal, 9 regiões metropolitanas e um estrato “Brasil”, correspondente a municípios de médio/pequeno porte. Na sua dimensão local (ou seja, conjunto de cenas de uso) utilizou-se a metodologia *Time-Location Sampling* (TLS)(12). A TLS foi empregada para seleção de locais e períodos de realização da pesquisa, com o uso de amostragem inversa no último estágio de seleção (ou seja, o potencial entrevistado). A amostra do estudo foi constituída por indivíduos brasileiros de 18+ anos, que usaram crack e/ou similares pelo menos 25 dias nos 6 meses anteriores à pesquisa (ou seja, que usaram essa substância, ao menos, 1x/semana), em cenas abertas de uso de droga (1). Os estágios de seleção em cada estrato geográfico e os procedimentos para recrutamento dos voluntários da PNC está descrito em detalhe no material suplementar do artigo de Coutinho e colaboradores (2019)(13). Detalhes adicionais referentes ao questionário utilizado na pesquisa e metodologia estão disponíveis em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46271>.

Neste estudo foi selecionada a macrorregião Nordeste (NE), a segunda mais populosa do Brasil (~47 milhões de habitantes), e a terceira em extensão territorial, distribuída em 9 Unidades Federativas: Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, Paraíba e Bahia (14).

Condições de Moradia e variáveis selecionadas

A variável dicotômica “moradia” foi construída a partir da pergunta sobre o local onde o usuário viveu ou passou/dormiu a maioria das noites nos 30 dias anteriores à entrevista: “em situação de rua” vs. “[dispondo de] algum tipo de moradia (própria ou de terceiros)”.

O estudo analisou variáveis potencialmente associadas à condição de moradia, como: dados sociodemográficos, padrões de uso de drogas, risco de aquisição de infecções/doenças infecciosas, comportamentos e práticas sexuais, estado de saúde, acesso e utilização de serviços

sociais e de tratamento, e envolvimento com a justiça criminal. Tais seções do questionário não correspondem a subestruturas de natureza hierárquica e/ou causal (não existe, na literatura, hierarquização consensual de determinantes proximais/mediais/distais). Esta partição segue estritamente a estrutura lógica do questionário. Detalhamentos sobre o questionário integral e métodos empregados no presente estudo estão disponíveis no Apêndice nos itens I e II respectivamente.

Análise estatística

O estudo utilizou métodos estatísticos discriminantes para identificar as características que diferenciam os grupos de acordo com o status de moradia do usuário de crack.

Todas as análises estatísticas foram realizadas considerando o plano de amostragem utilizado na pesquisa: sua natureza complexa, ponderação e as interdependências a ela subjacentes. Foram calculadas frequências absolutas e relativas das características selecionadas segundo condição de moradia. O teste qui-quadrado de homogeneidade foi utilizado para variáveis categóricas, com um nível de significância de 5%.

A múltipla inter-relação foi explorada via análise discriminante por meio de regressão logística, tomando-se “abrigado” como categoria de referência. A análise múltipla foi iniciada considerando regressões logísticas entre variáveis do mesmo bloco temático do questionário de pesquisa, atendendo ao princípio de parcimônia, ou seja, selecionando o menor número de variáveis que melhor prediz a condição de moradia. Os modelos intermediários foram ajustados com um nível de significância mais flexível ($p \leq 0.200$) (15). O modelo final foi construído considerando-se o método *stepwise*, mantendo-se as variáveis com um nível de significância de 5%.

As relações conjuntas entre as variáveis de interesse e a condição de moradia foi analisada por uma análise de correspondência múltipla. Esta análise considerou a proximidade entre as categorias das variáveis, medida pela distância euclidiana entre elas, além da contribuição relativa das variáveis nas dimensões, representação multivariada de interdependência dessas relações, de forma a visualizar nesse mapeamento perceptual as características que se situaram mais próximas (vs. mais distantes), mais estreitamente relacionadas aos subgrupos sob análise (16). Na representação gráfica bidimensional das categorias das variáveis cada eixo representa o quanto de variabilidade do conjunto de dados está sendo explicado por cada um (16).

Aspectos éticos

O protocolo do inquérito foi integralmente aprovado pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), assim como pelos respectivos

comitês municipais e estaduais, quando esta demanda adicional se apresentou. Para fins desse subestudo (Região NE), houve nova submissão ao supramencionado Comitê de Ética, aprovada sob o CAAE 15952819.0.0000.5240.

RESULTADOS

Na macrorregião NE foram entrevistados 2.828 usuários de crack, com 819 (29,0%) de entrevistados em situação de rua (**Tabela 1**).

A maioria dos entrevistados que compunham a amostra eram do sexo masculino (85,6%; vs. subconjunto referente àqueles em situação de rua – 74,5%). Foi evidenciada diferença significativa quanto ao trabalho: os usuários abrigados estavam mais frequentemente engajados em trabalho regular (42,1%; vs. usuários em situação de rua – 19,4%) (**Tabela 1**). O detalhamento de tabelas e figuras estão disponíveis no item III do apêndice.

Os desabrigados se mostraram mais vulneráveis quanto ao comportamento sexual, com relato mais frequente de violência sexual, na vida, assim como uma maior frequência de resultados positivos (sororreagentes) para a infecção pelo HIV, quando comparados aos abrigados (**Tabela 1**).

Observou-se evidência estatística de que um número (e uma proporção) maior de usuários em situação de rua utilizaram serviços de alimentação gratuita e se valeram mais frequentemente de programas de redução de danos (comparados aos domiciliados). Por outro lado, os usuários que dispunham de moradia (vs. desabrigados) referiram com mais frequência acesso nos últimos 30 dias a serviços de tratamento, como os CAPS-ad (**Tabela 1**).

Os usuários em situação de rua referiram um envolvimento mais frequente com a justiça criminal, com um relato mais frequente de episódios de prisão, alguma vez na vida, e de detenção, quando comparados àqueles que estavam domiciliados.

Observou-se diferença estatisticamente significativa entre os entrevistados que dispunham de moradia ou não com relação ao consumo de tabaco e “oxi” (designação “êmica” de uma variante da pasta base/crack), nos últimos 12 meses. Os primeiros apresentaram uma menor frequência de consumo de tabaco e “oxi” do que aqueles em situação de rua. Nos últimos 30 dias, a diferença estatisticamente significativa se manteve quanto à frequência de consumo de tabaco e oxi (**Tabela 1**).

A regressão logística, com as variáveis que se mostraram significativamente associadas ao pertencimento a cada subconjunto (“rua” vs. domiciliados), em cada bloco (sociodemográfico, uso de drogas, comportamento sexual e serviços sociais, de tratamento e

criminal) consta da **Tabela 2**, assim como o modelo final, com as variáveis que se mostraram independentemente associadas ao desfecho.

Na **Figura 1** a primeira dimensão (Dim1) explica 73% da variabilidade dos dados e a segunda dimensão (Dim2) explica 27% da variabilidade. Além disso, evidencia a proximidade das variáveis “troca de sexo por drogas”, “sem trabalho (desempregado)”, idade superior a 31 anos, “uso de tabaco”, “não ter acessado CAPS-ad nos últimos 30 dias”, “problemas com a justiça criminal (preso ou detido)” e “ser do sexo feminino” com o fato de um subconjunto de usuários de crack estarem desabrigados, o que indica um relação conjunta (potencialmente sinérgica) entre elas, definindo um conglomerado de fatores associados, a ser futuramente explorado nas suas inter-relações de natureza causal (17).

Por outro lado, ainda observando a representação gráfica, verificam-se relações de proximidade dos usuários de crack domiciliados com: “idade de 18-30 anos”, “ausência de relato de troca de sexo por drogas”, “trabalho regular”, “ser do sexo masculino”, “uso de tabaco” e “não estar envolvido com a justiça criminal”.

A relação de relativo distanciamento frente à variável “sexo feminino” é confundida pela menor fração amostral dessa população (se comparada ao grande número de entrevistados do sexo masculino), observável neste estudo, assim como na literatura sobre usuários em contextos de tráfico e uso (18,19).

DISCUSSÃO

Este estudo corresponde a um recorte geográfico de um inquérito nacional e compara características de usuários de crack em cenas abertas de consumo com relação ao seu status de moradia (domiciliado vs. em situação de rua) no Nordeste brasileiro. A vulnerabilidade de usuários de crack moradores de rua é frequentemente abordada em trabalhos científicos internacionais (20-23). No Brasil, com frequência, os trabalhos sobre o uso abusivo do crack são realizados com amostras de conveniência em instituições terapêuticas voltadas para o manejo e tratamento de usuários de drogas (24,25). Mesmo essas últimas estão fortemente concentradas nas regiões mais industrializadas do país, Sudeste e Sul, que são também aquelas que concentram os centros de pesquisa dedicados ao tema, no País.

Pesquisa nacional realizada em 71 cidades brasileiras em 2007 sobre a população moradora de rua evidenciou que uma parcela de 15,7% é composta por pedintes ou mendigos. Os demais estão engajados em diferentes modalidades de trabalho informal (26). Sob este aspecto, uma pesquisa etnográfica realizada em 2012-2013 na Praça da Sé, local de grande

concentração de moradores de rua em São Paulo, mostrou que o mercado de trabalho no contexto da rua tem por base ocupações precárias e instáveis, que misturam o mercado informal, frequentemente ilícito, a presença de drogas, lícitas e ilícitas, e a repressão policial intermitente (27). No presente estudo, os usuários em situação de rua estiveram antes mais relacionados ao trabalho informal ou ausência deste, enquanto os usuários abrigados se mostraram mais frequentemente associados ao trabalho regular, evidenciando um perfil semelhante ao apontado por estudos no que tange às fragilidades decorrentes da ausência de rendimento próprio, fato que, potencialmente, pode agravar as condições de saúde da população usuária de crack.

As características associadas ao sexo/gênero estão em consonância com a literatura, que indica um número crescente, embora minoritário (frente ao coletivo de usuários do sexo masculino), de mulheres que consomem crack e que estão desabrigadas (24,25). Uma pesquisa transversal com 919 usuários (783 homens e 136 mulheres), realizada entre 2012 e 2013 em duas grandes cidades da região central do Brasil (Goiânia e Campo Grande), evidenciou diferenças nos padrões de consumo de crack entre mulheres e homens: o primeiro grupo consumia mais crack, relatava mais frequentemente troca de sexo por drogas/dinheiro, um número maior de parceiros sexuais, comportamentos sexuais de risco mais frequentes, com inconsistência no uso de preservativos e relatos mais frequentes de violência sexual (29). Além da consonância entre sexo/gênero e condições de moradia, o presente estudo também encontrou perfil semelhante entre mulheres usuárias que mais frequentemente fizeram troca de sexo por drogas/dinheiro.

Os usuários em situação de rua se mostraram mais vulneráveis ao uso simultâneo de drogas e ao conseqüente efeito sinérgico adverso entre crack e tabaco. Ambas as substâncias afetam gravemente o sistema respiratório (risco aumentado de câncer de pulmão) e boca (risco aumentado de periodontite, placa visível e sangramento gengival) (32-34).

A condição de “desabrigo” se mostrou associada à dificuldade de acesso a serviços de tratamento, pois os usuários moradores de rua relataram com menor frequência acessar os serviços e de obter auxílio dos CAPS-ad e clínicas especializadas nos últimos trinta dias. A lei 10.216 de 06 de abril de 2001 dispõe sobre o modelo de assistência à saúde mental, que compreende serviços conforme a complexidade populacional: CAPS-I, CAPS-II, CAPS-III, CAPS-i II, CAPS-ad II. Esses serviços compreendem atendimento ambulatorial, com leitos para desintoxicação e repouso (35).

Essa situação é descrita em estudo realizado com usuários de crack no Rio de Janeiro, entre os anos de 2010 e 2011, que discutiu a dificuldade de acesso a serviços de tratamentos (e outros serviços de saúde) por parte dos usuários marginalizados (em função, por exemplo, da

educação ou moradia precárias). Outro ponto importante é a quantidade insuficiente de CAPS-ad para atender as necessidades atuais, apesar do aumento substancial da demanda por cuidados nos últimos anos. Somam-se a isso barreiras relatadas pelos usuários domiciliados para conseguirem atendimentos como: profissionais pouco receptivos a atender moradores de rua, necessidade de documentos (geralmente indisponíveis entre esses usuários), serviços insuficientemente adaptados à população alvo e ausência de programas de apoio social que os ajude no tratamento da dependência química (36).

Nenhuma variável do bloco “comportamento sexual” se manteve no modelo final deste estudo, muito provavelmente devido à relevância central das demais variáveis associadas à (má) condição de moradia, o que está documentado mesmo em estudos realizados em países de renda elevada (37). Cabe destacar que diversos estudos canadenses, País onde as desigualdades sociais são menos pronunciadas que no Brasil e a disponibilidade de serviços bastante mais ampla, ainda que aquém das necessidades, ressaltam a associação entre variáveis referentes a comportamentos e hábitos sexuais de risco e marginalização dos usuários (38). Os estudos canadenses ressaltam a associação do consumo de crack com a vulnerabilidade sexual e inconsistência no uso de preservativos. Neste contexto, os jovens em situação de rua se mostram mais vulneráveis do que os jovens em geral quanto a ter relações sexuais (frequentemente desprotegidas) com múltiplos parceiros, se engajar em sexo comercial e ter maior risco de adquirir infecções sexualmente transmissíveis (28,39).

Outro fator adverso inerente aos moradores de rua é a exposição a um ambiente de risco quanto a práticas de compartilhamento de apetrechos utilizados no consumo de substâncias, como canudos e cachimbos e similares. Além disso, observou-se violência generalizada entre as mulheres que usam crack, independentemente da troca de sexo por droga (28).

O enfrentamento da rápida expansão do crack nos EUA, especialmente nas décadas 1980/90, teve grande impacto sobre o sistema prisional norte-americano na medida que as penas para traficantes de crack e cocaína eram exageradamente desproporcionais e injustificáveis – 5 gramas de crack ou 500 gramas de cocaína eram punidas com a mesma pena, de cinco anos de prisão (40). Essa decisão jurídica, entre outras medidas e preconceitos dirigidos a diferentes minorias, contribuiu para o encarceramento em massa de afroamericanos e populações pobres dos EUA, já que o crack, por ser uma droga barata e acessível em regiões onde essas minorias residiam e/ou interagem, era consumida e traficada por populações de baixo poder aquisitivo enquanto a cocaína, por ter um alto custo, era mais frequente entre indivíduos brancos de classe média (41). Essas disparidades em condenações de crack e cocaína foram discutidas em estudo realizado em 51 estados e no distrito da Columbia nos anos 2009/12, que entrevistou 154.328

de indivíduos não institucionalizados (42).

As características mais frequentemente encontradas nos usuários de crack em situação de rua foram a troca de sexo por drogas, trabalho informal, ter mais de 31 anos, menor frequência aos CAPS-ad (provavelmente em função das barreiras ao acesso supramencionadas), problemas com a justiça criminal e ser do sexo feminino (muito provavelmente em decorrência das profundas desigualdades de gênero vigentes na sociedade brasileira) (43).

Faz-se necessário mencionar como limitações deste estudo o delineamento seccional, que não permite inferir causalidade e direção das associações observadas, no sentido temporal. Portanto, não há como saber se o consumo prejudicial/dependente de crack estaria associado ao fato do indivíduo se encontrar em situação de rua (ou seja, se, em termos cronológicos, este seria um antecedente), ou se ocorre o inverso. Muito provavelmente existe aí uma recursividade das associações observadas, o que é frequentemente investigado pela Teoria dos Sistemas e Cibernética (44) mas muito raramente explorado pela epidemiologia clássica (informações adicionais estão disponíveis em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46271>).

O estudo também analisou um fenômeno estrutural que não corresponde ao sentido clássico de desfecho da epidemiologia e que por isso não pode ser adequadamente recoberto pelo conceito tradicional de risco (45).

O uso problemático de crack e sua associação com a ausência ou precariedade do capital social e a baixa ou nenhuma renda do usuário (e suas famílias e redes de pares) é um tema central a ser debatido. Há que considerar que existem inúmeros fatores estruturais relacionados ao contexto em que interagem e vivem os usuários de crack, como sua acidentada trajetória de vida (38). Isso, além de diversos aspectos contextuais, nas dimensões micro, meso e macro social, como a deficiência habitacional, o desemprego, a impermeabilidade do mercado de trabalho a pessoas sem qualificação profissional e formação educacional, o estigma e a marginalização dessa população, especialmente quando em situação de rua, a carência de serviços de assistência e tratamento (8).

CONCLUSÃO

Os resultados relativos ao perfil dos usuários de crack estratificados segundo a sua condição de moradia evidenciam a existência de dois subgrupos com características específicas enquanto os domiciliados têm acesso aos serviços de CAPS-ad e de outras clínicas especializadas, os usuários em situação de rua relataram, basicamente, acesso a serviços de alimentação gratuita e de redução de danos.

Houve substanciais mudanças nas políticas de drogas em anos recentes, com o fechamento de programas análogos ao “Housing first” no Brasil, ao passo que tais programas seguem sendo uma estratégia central da política de drogas na imensa maioria dos países, como EUA e Canadá (46) e diversos países da Europa Ocidental (11).

O fato de não ter uma aplicabilidade prospectiva, não subtrai a função central dos inquéritos de base populacional como marco de referência (*benchmark*), com relação ao qual podem e devem ser avaliadas as políticas e ações implementadas (47).

No Brasil, especialmente na região Nordeste, há poucas publicações que tematizem usuários em cenas abertas de consumo do crack moradores de rua apesar da evidente vulnerabilidade desta população. O contexto de marginalização se mostrou associado ao consumo de outras drogas, trabalho irregular e histórico de detenção. Tais fatores parecem inter-relacionados de forma complexa, sem que seja possível discernir, por ora, a direcionalidade e as possíveis interações entre os múltiplos fatores psicossociais e contextuais (por exemplo, estrutura das cenas de uso e serviços) sob análise.

No âmbito das políticas de saúde, o conhecimento do perfil dos usuários de crack segundo suas condições de moradia pode constituir um importante subsídio para elaboração de políticas públicas de saúde direcionadas às particularidades e necessidades desta população vulnerável.

REFERÊNCIAS

1. Bastos FI, Bertoni N, organizadores. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack*. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014.
2. Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse* 1996; 31(5):565-579.
3. De Boni RB, Bastos FI, Vasconcellos M, Oliveira F, Limberger RP, Pechansky F. Drug use among drivers who drank on alcohol outlets from Porto Alegre, Brazil. *Accid Anal Prev* 2013;62(2014):137-142.
4. Zeferino MT, Fermo VC, Fialho MB, Bastos FI. Semelhanças e contrastes nos padrões de uso de crack em Santa Catarina, Brasil: capital vs Meio Oeste. *Cienc Saúde Coletiva* 2017; 22(1):97–106.

5. Watkins D. *The cook up: a crack rock memoir*. Nova York: Grand Central Publishing; 2017.
6. Chaves TV, Sanchez ZM, Ribeiro LA, Nappo SA. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(6): 1168–75.
7. Cornish JW, O’Brien CP. Crack Cocaine Abuse: An Epidemic with Many Public Health Consequences. *Annu Rev Public Health* 1996;17:259–73.
8. Souza J, organizador. *Crack e exclusão social*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania; 2016.
9. Rattelade S, Farrell S, Aubry T, Klodawsky F. The Relationship Between Victimization and Mental Health Functioning in Homeless Youth and Adults. *J Interpers Violence* 2014;29(9):1606–22.
10. Jego M, Abcaya J, Ştefan D-E, Calvet-Montredon C, Gentile S. Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(309):1-21.
11. Hwang SW, Burns T. Health interventions for people who are homeless. *Lancet* 2014; 384:1541-47.
12. Stueve A, O’Donnell LN, Duran R, Doval AS, Blome J. Time-space sampling in minority communities: results with young Latino men who have sex with men. *Am J Public Health* 2001;91(6):922–6.
13. Coutinho C, Bastos LS, da Mota JC, Toledo L, Costa K, Bertoni N, Bastos FI. The risks of HCV infection among Brazilian crack cocaine users: incorporating diagnostic test uncertainty. *Sci Rep* 2019;9(443):1-9.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades e Estados*. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
15. Wasserstein RL, Lazar NA. The ASA Statement on p -Values: Context, Process, and Purpose. *Am Stat* 2016;70(2): 1-18.

16. Hair JF Junior, Anderson RE, Tatham RL, Black WC, Sant'Anna AS, organizadores. *Análise multivariada de dados*. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
17. Hernandez LM, Blazer DG, organizadores. *Genes, behavior, and the social environment: moving beyond the nature/nurture debate*. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
18. Limberger J, Nascimento R da S do, Schneider JA, Andretta I. Women users of crack: systematic review of Brazilian literature. *J Bras Psiquiatr* 2016; 65(1):82–8.
19. Sterk, CE. *Fast lives: women who use crack cocaine*. Philadelphia: Temple University Press; 1999.
20. McVicar D, Moschion J, Van Ours JC. From substance use to homelessness or vice versa? *Soc Sci Med* 2015;136–137:89–98.
21. Dunne EM, Burrell LE, Diggins AD, Whitehead NE, Latimer WW. Increased risk for substance use and health-related problems among homeless veterans. *Am J Addict* 2015; 24(7):676–80.
22. Phillips M, Richardson L, Wood E, Nguyen P, Kerr T, DeBeck K. High-Intensity Drug Use and Health Service Access Among Street-Involved Youth in a Canadian Setting. *Subst Use Misuse* 2015;50(14):1805–13.
23. Tyler KA, Handema R, Schmitz RM, Phiri F, Kuyper KS, Wood C. Multi-Level Risk and Protective Factors for Substance Use Among Zambian Street Youth. *Subst Use Misuse*. 2016;51(7):922–31.
24. Halpern SC, Scherer JN, Roglio V, Faller S, Sordi A, Ornell F, Dalbosco C, Pechansky F, Kessler F, von Diemen L. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. *Cad Saúde Pública* 2017;33(6):1-13.
25. Sá LC de, Araújo TME de, Griep RH, Campelo V, Monteiro CF de S. Seroprevalence of Hepatitis C and factors associated with this in crack users. *Rev Latinoam Enferm* 2013; 21(6): 1195–202.

26. Tiengo VM. O Fenômeno População em Situação de Rua Enquanto Fruto do Capitalismo. *Textos Contextos* 2018;17(1): 138-150.
27. Diniz BF. O discurso sobre a vadiagem na praça da sé (SP). *Psicol Soc* 2016;28(2):341–349.
28. Duff P, Tyndall M, Buxton J, Zhang R, Kerr T, Shannon K. Sex-for-Crack exchanges: associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian city. *Harm Reduct J* 2013;10(29):1-8.
29. Guimarães RA, Castro VOL de, Oliveira SM do VL de, Stabile AC, Motta-Castro RC, Carneiro MA dos S, Araujo LA, Caetano KAA, Matos MA de, Teles SA. Gender differences in patterns of drug use and sexual risky behaviour among crack cocaine users in Central Brazil. *BMC Psychiatry* 2017;17(412):1-8.
30. Bastos FI, Mendes A, Duarte P do CAV, Bertoni N. Smoked crack cocaine in contemporary brazil: the emergence and spread of ‘oxi’. *Addiction* 2011;106(6):1191–2.
31. Silva Junior RC da, Gomes CS, Goulart Júnior SS, Almeida FV, Grobério TS, Braga JWB, Zacca JJ, Vieira ML, Botelho ED, Maldaner AO. Demystifying “oxi” cocaine: Chemical profiling analysis of a “new Brazilian drug” from Acre State. *Forensic Sci Int* 2012; 221(1–3): 113–9.
32. Barsky SH, Roth MD, Kleerup EC, Simmons M, Tashkin DP. Histopathologic and Molecular Alterations in Bronchial Epithelium in Habitual Smokers of Marijuana, Cocaine, and/or Tobacco. *J Natl Cancer Inst* 1998;90(16):1198–205.
33. Antoniazzi RP, Zanatta FB, Rösing CK, Feldens CA. Association Among Periodontitis and the Use of Crack Cocaine and Other Illicit Drugs. *J Periodontol* 2016;87(12):1396–405.
34. Gaio DC, Bastos FI, Moysés SJ, Moysés ST, da Mota JC, Nicolau B, Ignacio S, Cubas MR, Vettorazzi MLT, Santos ZFDG dos, Werneck RI. Assessing oral health of crack users in Brazil: Perceptions and associated factors, findings from a mixed methods study. *Glob Public Health* 2020;1–15: 1–15.

35. Brasil. Portaria PR no 336/2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Ministério da Saúde* 2002; 19 fev.
36. Cruz M, Bertoni N, Bastos FI, Burnett C, Gooch J, Fischer B. Comparing key characteristics of young adult crack users in and out-of-treatment in Rio de Janeiro, Brazil. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2014; 9(1): 2-7.
37. Palepu A, Patterson ML, Moniruzzaman A, Frankish CJ, Somers J. Housing First Improves Residential Stability in Homeless Adults With Concurrent Substance Dependence and Mental Disorders. *Am J Public Health* 2013;103(S2):30–36.
38. Maté G. *In the realm of hungry ghosts: close encounters with addiction*. Berkeley, Calif: North Atlantic Books; 2010.
39. Tucker JS, Ryan GW, Golinelli D, Ewing B, Wenzel SL, Kennedy DP, Green Jr. HD, Zhou A. Substance Use and Other Risk Factors for Unprotected Sex: Results from an Event-Based Study of Homeless Youth. *AIDS Behav* 2012; 16(6):1699–707.
40. [England](#) DC. Crack vs. Powder Cocaine: One Drug, Two Penalties. *Criminal Defense Lawyer* [Internet]. [cited 2021 fev 01]. Available from: <https://www.criminaldefenselawyer.com/resources/crack-vrs-powder-cocaine-one-drug-two-penalties.htm>
41. Vagins DJ, McCurdy J, organizaters. *Cracks in the System: Twenty Years of the Unjust Federal Crack Cocaine Law*. Washington, New York: ACLU; 2006.
42. Palamar JJ, Davies S, Ompad DC, Cleland CM, Weitzman M. Powder cocaine and crack use in the United States: An examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. *Drug Alcohol Depend* 2015;149:108–16.
43. Ayres JR de CM. *Sobre o risco: para compreender a epidemiologia*. São Paulo: Hucitec; 1997.
44. Drack M, Pouvreau D. On the history of Ludwig von Bertalanffy’s “General Systemology”, and on its relationship to cybernetics – part III: convergences and divergences. *Int J Gen Syst* 2015;44(5):523–571.

45. Susser M, Stein Z. Eras in epidemiology: the evolution of ideas. Oxford; New York: Oxford University Press; 2009.
46. Watson DP, Shuman V, Kowalsky J, Golembiewski E, Brown M. Housing First and harm reduction: a rapid review and document analysis of the US and Canadian open-access literature. *Harm Reduct J* 2017;14(1): 1-13.
47. Papaioannou T, Rush H, Bessant J. Benchmarking as a policy-making tool: from the private to the public sector. *Sci Public Policy* 2006;33(2):91–102.

Tabelas e figuras que constam do corpo do artigo

Tabelas e figuras adicionais estão disponíveis em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46271>

Tabela 1. Perfil dos usuários de crack estratificados segundo a sua condição de moradia dos usuários de crack no Nordeste brasileiro, 2012

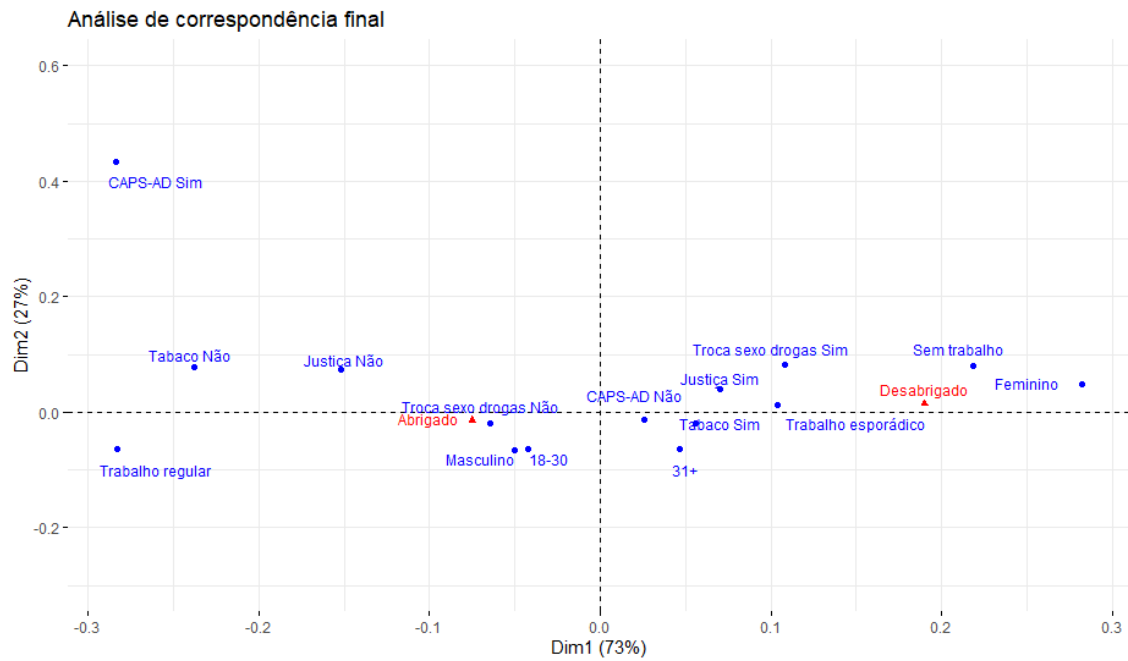
<i>Características sociodemográficas</i>	<i>Domiciliados</i>		<i>Morador de rua</i>		<i>Total</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	
<i>Idade**</i>					
18-30	817	40,7	296	36,1	1113
31 anos ou mais	1191	59,3	523	63,9	1714
<i>Sexo</i>					
Masculino	1716	85,6	609	74,5	2325
Feminino	289	14,4	209	25,5	498
<i>Trabalho</i>					
Regular	837	42,1	157	19,4	994
Esporádico	696	35,0	354	43,8	1050
Desempregado	457	23,0	297	36,7	754
<i>Comportamento sexual</i>					
Recebeu dinheiro/droga em troca de sexo nos últimos 30 dias	300	19,5	177	28,2	477
Exame de HIV Reagente	64	3,4	57	7,1	121
Violência sexual na vida	249	12,6	186	23,5	435
<i>Serviços sociais, de tratamento e criminal</i>					
Serviço de alimentação gratuita	131	6,6	231	28,6	362
Clínica especializada	97	4,9	17	2,2	115
Caps AD	234	11,8	56	6,9	290
Programa de redutores de danos*	27	1,3	40	5,0	67
Detenção no último ano*	836	41,7	389	48,0	1225
Prisão alguma vez na vida*	791	39,8	425	52,7	1216
<i>Uso de drogas últimos 30 dias</i>					
Tabaco*	1583	78,9	721	88,0	2304
Merla*	134	6,7	30	3,7	164
Oxi*	54	2,7	51	6,3	105
<i>Uso de drogas últimos 12 meses</i>					
Tabaco*	1612	80,3	728	88,9	2340
Merla*	164	8,2	44	5,4	208
Oxi*	184	9,2	165	20,1	349

*Valores indisponíveis (0,1% entre domiciliado 0,5% entre não-domiciliados), recusou, não sabe; ** critério epidemiológico

Tabela 2. Modelo multivariado final

<i>Variável</i>	<i>OR bruto (IC-95%)</i>	<i>OR ajustada (IC-95%)</i>
<i>Idade (Ref.: 31 anos ou mais)</i>		
18-30	0,81(0,59-1,13)	0,79(0,58-1,07)
<i>Sexo (Ref.: Masc)</i>		
Fem	1,67(1,01-2,77)	1,96(1,21-3,18)
<i>Trabalho (ref.: trabalho regular)</i>		
Trabalho Esporádico	2,28(1,53-3,40)	2,45(1,69-3,55)
Desempregado	2,61(1,60-4,24)	2,73(1,70-4,38)
Tabaco últimos 30 dias	1,73(1,07-2,79)	1,80(1,11-2,90)
Merla últimos 30 dias	0,57(0,22-1,50)	-
Oxi últimos 30 dias	3,31(1,35-8,13)	3,06(1,26-7,47)
Violência sexual na vida	1,52(0,92-2,51)	-
Serviço de alimentação gratuita	0,17(0,09-0,35)	0,17(0,08-0,34)
<i>Clínica especializada</i>		
Não	2,56(0,95-6,90)	-
<i>Caps AD (Ref.: Sim)</i>		
Não	2,63(1,52-4,56)	2,88(1,65-5,01)
Detenção no último ano	1,07(0,69-1,64)	1,15(0,75-1,78)

Figura 1. Análise de Correspondência final



Fonte: Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack/Labgeo, LIS-ICICT/FIOCRUZ

4.1.1 Apêndice do artigo 1: Características de usuários de crack quanto à situação de moradia no Nordeste brasileiro, 2011-2013

APÊNDICE

O presente apêndice se refere ao manuscrito supramencionado, submetido à publicação em revista revisada por pares, constituindo na versão final.


As opiniões e análises aqui reproduzidas são de responsabilidade exclusiva dos autores, exceção feita aos documentos públicos (como o questionário da pesquisa original), que tão-somente reproduz material já disponibilizado em outras publicações, impressas e em formato pdf, disponíveis para *download*, sem qualquer limitação ou custo.

I - Questionário, breve súmula

O questionário utilizado na *Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack*, inquérito realizado entre 2011 e 2012 compreendia 7 (sete) blocos, a saber: (a) informações sociodemográficas, (b) uso de drogas, (c) mobilidade (vizinhança/municípios onde o usuário usou crack), (d) risco de doença infecciosa associada ao uso de crack e compartilhamento de objetos usados no consumo, (e) comportamento sexual; (f) estado de saúde auto referido, (f) utilização de serviços sociais e de saúde e (g) envolvimento com a justiça criminal.

S1. Questionário completo da *Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack*

Anexo 1.5. Elegibilidade



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

**PESQUISA NACIONAL SOBRE O PERFIL DOS
USUÁRIOS DE CRACK**

Questionário de Elegibilidade

ID Convite:

NºFC:

Nº da linha:

Data da Entrevista: / /

Assinatura _____

Q1- Qual seu sexo?
 Masculino Feminino

Q2- Qual sua idade?

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

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

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

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

Q6- Para qual time você torce?

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

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


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

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

Regra de elegibilidade:

- Elegível se: resposta da Q2 >= 18 e se Q4 = "Sim" e se Q5 = "Sim"
 - Não elegível se: resposta da Q2 < 18 ou se Q4 = "Não" ou se Q5 = "Não"

1413



ANEXOS

Anexo 1.6. Questionário epidemiológico



ID Questionário: --

PESQUISA NACIONAL SOBRE O PERFIL DOS USUÁRIOS DE CRACK

Data da Entrevista: / / Hora do início: : Iniciais do Entrevistador: _____
Assinatura

Município:

Nota ao entrevistador:

Obedeça as instruções de leitura e preenchimento em cada uma das questões. Caso não tenha, proceda da seguinte forma:

* As questões que finalizam com "ponto de interrogação" (?) devem ser lidas apenas o enunciado/pergunta, ou algumas opções de resposta caso o entrevistado tenha dúvidas ou não entenda a pergunta.

* As questões que finalizam com "dois pontos" (:) devem ser lidas tanto o enunciado quanto as opções de resposta.

Todas as respostas são espontâneas, ou seja, não devem ser induzidas (deve-se esperar a resposta do entrevistado e encaixar sua resposta em uma das opções da questão), salvo quando há a instrução de leitura das opções de resposta.

Leia: Obrigado por sua participação neste estudo. Se você não entender uma pergunta, ou precisar de mais informações, é só dizer. Lembre-se que tudo o que você disser aqui ficará entre nós, por isso seja o mais sincero possível em suas respostas.

SEÇÃO A - INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

QA1. Qual a sua data de nascimento? / /

Se o participante não lembra:
- Preencher dia com 88
- Preencher mês com 88
- Preencher ano com 8888

QA2. Qual a sua idade? Se o participante não lembra, preencher com 88

QA3. Qual o seu sexo?

- Masculino
 Feminino
 Transexual

QA4. Você se considera:

- Homem
 Mulher
 Travesti
 Transexual
 Outro

QA5. Como você se classifica em relação a sua cor ou raça?

- Branco
 Preto/Negro
 Amarelo/asiático
 Pardo/moreno/mulato/marrom
 Indígena
 Não sabe
 Recusou

QA6. Qual é a sua situação conjugal?

- Solteiro(a)
 Casado(a) ou mora com companheiro(a)
 Separado(a) ou divorciado(a)
 Viúvo(a)
 Não sabe
 Recusou

ANEXOS



ID Questionário: - -

QA14. Qual a sua ocupação/trabalho principal atualmente?

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

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

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

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

R\$. Não sabe/Não lembra
 Recusou

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

R\$. Não sabe/Não lembra
 Recusou



ID Questionário:

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

SEÇÃO B - USO DE DROGAS

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

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

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

Entrevistador:

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

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

Entrevistador:

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

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

Entrevistador:

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

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

Entrevistador:

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

MOSTRAR CARTÃO A

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

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

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

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

Entrevistador:

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

MOSTRAR CARTÃO B

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



ID Questionário: . .

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



ID Questionário: . .

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



ID Questionário: --

QB2. Quais dos seguintes meios, que não envolvem dinheiro, você usou nos últimos 30 dias para conseguir drogas? (Pode-se marcar mais de uma opção)

Trabalho legal (como consertar coisas, ajudar alguém, etc)

Trabalho ilegal (trabalho ilícito, mas não relacionado ao tráfico de drogas)

Trabalho sexual ou troca de sexo por drogas

Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas

Trocar por coisas (que não drogas)

Trocar por outra droga

Outro.

Especifique:

QB3. Há quanto tempo você usa crack?

meses (Preencher com "000" se menos de 1 mês)

Não usa crack --> Pular para a QB5

Não sabe

Recusou

QB4. Quantas pedras/porções de crack você usa em um mesmo dia? (considerar um dia comum de uso)

pedras/porções Não sabe

Recusou

QB5. Há quanto tempo você usa "similares do crack"? (oxi, merla, pasta base)

meses (Preencher com "000" se menos de 1 mês)

Não usa similares do crack --> Pular para a QB7

Não sabe

Recusou

QB6. Quantas pedras/porções de "similares crack" (oxi, merla, pasta base) você usa em um mesmo dia? (considerar um dia comum de uso)

pedras/porções Não sabe

Recusou

QB7. Das alternativas abaixo, qual tem mais a ver com seu jeito de usar crack e similares?

Uso todo dia a mesma quantidade

Uso todo dia, uns dias mais, uns dias menos

Só uso de vez em quando, e uso enquanto tiver, sem controle nenhum

Só uso de vez em quando, e controlo o uso mesmo quando saio para usar

Não sabe

Recusou

QB8. Qual o motivo que te levou a usar crack e/ou similares? (Resposta espontânea. Pode marcar mais de uma opção)

Preço barato

Conseguiu a droga / "pintou"

Sentiu vontade/curiosidade de ter o efeito da droga

Perdas afetivas

Problemas familiares (perdas ou brigas na família)

Perda do emprego/fonte de renda

Vida ruim, sem perspectivas

Por pressão dos amigos

Outro motivo. Qual?

Não sabe

Recusou

33442

Pesquisa Nacional sobre o Perfil dos Usuários de Crack
Página 7 de 22

ID Questionário:

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

SEÇÃO D - RISCO DE DOENÇAS INFECCIOSAS

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

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

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

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

Entrevistador: Marque todos os locais aplicáveis na coluna I

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

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

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

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



ID Questionário:

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

SEÇÃO E - COMPORTAMENTO SEXUAL

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

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

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

Parceiros fixos

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

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

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

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

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

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

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

Parceiros eventuais/casuais

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

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

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

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

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

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

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

ID Questionário:

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

Parceiros comerciais

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sexo sem proteção

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

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

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

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

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

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

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

33442



ID Questionário: - -

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

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou
- } --> Ir para a QE8(a)

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

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

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

Violência Sexual

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

- Sim
 Não
 Recusou
- } --> Ir para a QE8(c)

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

- Sim
 Não
 Recusou

Saúde Reprodutiva

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

Saúde Reprodutiva - Somente para MULHERES

QE8(d). Você está grávida neste momento?

- Sim
 Não
 Não sabe

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

vezes (inclui aborto)

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

vezes

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

vezes (inclui aborto)

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

vezes

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

vezes



ID Questionário:

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

Status Hepatites

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

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

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

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

Status HIV

QE10(a). Você já fez exame para HIV?

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

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

- HIV positivo
 HIV negativo
 Indeterminado
 Não sabe
 Recusou
- } --> Responder e ir para a QE11

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

- HIV positivo
 HIV negativo
 Indeterminado
 Não sabe
 Recusou

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

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

Preencher mês com 88 se não lembra
 Preencher ano com 8888 se não lembra

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

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

QE11. Você já colocou algum piercing/tatuagem?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

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

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou
- } --> Ir para a Seção F

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

- Sim
 Não



ID Questionário:

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

SEÇÃO F - ESTADO DE SAÚDE

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

Estado de Saúde Física

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

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

Saúde Bucal

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

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

QF2(b). Como você classificaria seu estado de saúde bucal nos últimos 30 dias?
Leia a questão e a escala. MOSTRAR CARTÃO E

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

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

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou



ID Questionário:

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

Problemas de Saúde Física

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

Entrevistador: escreva as respostas na coluna I

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

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

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

Entrevistador: Assinale uma das opções na coluna III

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

Entrevistador: Assinale uma das opções na coluna IV.

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

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

Entrevistador: Assinale uma das opções na coluna V

	I	II	III	IV	V
	Problema de saúde física	Há quanto tempo? (Nº meses) (Escreva "000" se menos de um mês)	Relacionado ao uso de drogas?	Recebendo atendimento médico?	Gostaria de atendimento médico?
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou

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

Leia a lista. Marque quantas opções se aplicarem.

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



ID Questionário: - -

Saúde Pulmonar

QF4. Você tem tosse, com ou sem catarro?

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

QF5. Você tem contato com alguém com tuberculose?

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

QF6. Você já teve tuberculose?

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

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

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

Saúde Mental/Emocional

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

Leia a questão e a escala.

MOSTRAR CARTÃO E

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

ID Questionário:

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

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

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

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

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

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

Entrevistador: assinale uma das opções na coluna III

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

Entrevistador: assinale uma das opções na coluna IV.

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

QF9(e). Você gostaria de receber atendimento em algum serviço de saúde para este(s) problema(s)?
Entrevistador: assinale uma das opções na coluna V

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



ID Questionário:

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

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

Locais para Assistência a pessoas que usam drogas

Q1(b). No momento, você tem vontade de fazer um tratamento para o uso de drogas?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

Q2(a). Em alguns locais, há serviços para atender pessoas que usam drogas. Se um serviço como este existisse onde você vive, você o usaria?

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou



ID Questionário:

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

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

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



ID Questionário:

□	□	.	□	□	.	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SEÇÃO H - ENVOLVIMENTO COM O SISTEMA DA JUSTIÇA CRIMINAL

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

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

Sim

Não

Não sabe

Recusou

--> Ir para a QH1(d)

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

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

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

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

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

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

Sim

--> Por quanto tempo ficou preso?

□	□	□
---	---	---

meses

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

Não

Não sabe

Recusou

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

Investigado em inquérito policial

Em liberdade condicional

Cumprindo serviço comunitário

Sob fiança, mandado de detenção, ou sentença pendente

Tem um registro policial criminal

Em medida sócio-educativa

Outra situação não mencionada anteriormente

Não sabe

Recusou

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

FIM: Agradeça a participação do voluntário

Hora do término:

□	□	:	□	□
---	---	---	---	---

33442



II - Metodologia

Avaliou-se a distribuição de variáveis selecionadas por se tratar de variáveis potencialmente associadas à condição de moradia, de acordo com as análises exploratórias, a plausibilidade epidemiológica e o que é descrito na literatura pertinente. A plausibilidade se baseou em alguns dos critérios de Hill, devidamente atualizados e modificados, uma vez que não se trata de uma investigação de possíveis associações de natureza causal. Ainda assim, deve-se seguir critérios claramente definidos de avaliação de possíveis associações, minimizando a chance de gerar associações espúrias, fenômeno infelizmente frequente na análise de bancos de grandes dimensões, como os que caracterizam os inquéritos populacionais (surveys).

Para uma visão crítica da utilização dos critérios de Bradford Hill na epidemiologia do século XXI, consultar a excelente revisão de Fedak et al. (2015), ainda que redigida com foco, não na área de inquéritos populacionais, mas da epidemiologia molecular.

Cabe mencionar dentre as referidas variáveis aquelas referentes a: risco de aquisição de infecções/doenças infecciosas, comportamentos e práticas sexuais, estado de saúde, acesso e utilização de serviços sociais e de tratamento, e envolvimento com a justiça criminal.

Estas variáveis foram sumarizadas nas Tabelas S2 e S3, de acordo com os blocos temáticos do questionário a saber: 1) Comportamento Sexual e 2) Serviços sociais, de tratamento e envolvimento com a justiça criminal, referentes aos usuários de crack do nordeste brasileiro.

Os estágios de seleção em cada estrato geográfico e os procedimentos para recrutamento dos voluntários estão descritos em detalhe no material suplementar do artigo de Coutinho e colaboradores (2019).

O modelo final foi submetido a diagnóstico quanto à sua parcimônia e ajuste, de acordo com as indicações do livro texto, hoje clássico, de Hosmer e Lemeshow, na sua 3ª edição (com a participação de R.X. Sturdivant), publicada inicialmente em 2013.

A qualidade do ajuste foi avaliada por meio do teste de Hosmer e Lemeshow, adotando-se um nível de significância de 5,0%. Este teste mediu a correspondência entre valores observados e estimados da variável dependente, sendo o melhor ajuste aquele com uma menor diferença entre valores estimados e efetivamente observados. O modelo final foi apresentado com

as estimativas das odds ratio brutas e ajustadas, com os respectivos intervalos de 95% de confiança. As análises foram realizadas com auxílio do software *Statistic Package for Social Science* (SPSS for Windows, versão 21.0), utilizando-se o módulo “Complex Samples”, com análises adicionais implementadas em R.

A análise de correspondência múltipla foi utilizada para explorar as relações conjuntas entre as variáveis de interesse e a condição de moradia. A análise de correspondência considerou, para fins de interpretação, a proximidade entre as categorias das variáveis, medida pela distância euclidiana entre elas, além da contribuição relativa das variáveis nas respectivas dimensões. Os gráficos, portanto, correspondem a uma representação gráfica da interdependência dessas relações. Os resultados são apresentados nas figuras S4 a S7.

Os resultados apresentados permitiram conhecer em maior detalhe o perfil dos usuários de crack segundo suas condições de moradia no Nordeste brasileiro. No entanto, faz-se necessário reconhecer as limitações do delineamento seccional e do desenho epidemiológico “inquérito” (survey) (que não permite inferir causalidade e direção temporal das associações observadas, o que é, em boa medida, compensando pela magnitude dos dados disponíveis e pela representatividade/generalizabilidade dos dados assim obtidos). Entretanto, novos conceitos, métodos e ferramentas vêm sendo utilizados para minimizar essa limitação. Elas são brevemente discutidas a seguir.

Associação, causalidade e funções recursivas no âmbito da análise de características e comportamentos de usuários de drogas em contexto (ou seja, recrutados nas próprias cenas de tráfico e uso)

A epidemiologia moderna ganhou ferramentas poderosas para lidar com a questão da inferência causal, a partir das contribuições seminais de Judea Pearl e outros autores quanto à formalização matemática e computacional do conceito de inferência causal (a título de exemplo, ver: Pearl & Mackenzie, 2020).

Mais recentemente, a questão foi operacionalizada por meios bastante mais simples do que a refinada análise de redes probabilísticas bayesianas (<https://escholarship.org/content/qt53n4f34m/qt53n4f34m.pdf>), originalmente proposta por Pearl, que lhe valeram o Prêmio Turing em computação.

Gráficos que permitem visualizar de forma simples tais inter-relações de natureza potencialmente causal, os assim denominados DAGs (ou Grafos Acíclicos Dirigidos, em língua portuguesa) foram implementados em diversas bibliotecas, como, por exemplo, na função DAGITTY do software R (ver: <http://www.dagitty.net/>), no contexto do projeto/rede CRAN (<https://CRAN.R-project.org/package=dagitty>).

Persistem, entretanto, alguns desafios conceituais a serem plenamente enfrentados pela epidemiologia, estatística e computação:

1. Surveys ou inquéritos populacionais contam com a vantagem inequívoca de contar com uma base populacional efetiva, o que permite contar com amostras rigorosamente probabilísticas, o padrão ouro onde se aninha a inferência estatística clássica (Ver Valliant, 2017 quanto às alternativas de inferência em amostras não probabilísticas: https://www.niss.org/sites/default/files/event_attachments/Valliant%20WSS%20nonprob%202017.pdf)

Por outro lado, seu caráter seccional impõe limitações incontornáveis à inferência causal, ao não permitirem estabelecer a direcionalidade das associações eventualmente observadas.

2. Na presente análise existe uma coexistência bastante complexa e inextricável entre variáveis de natureza individual (por exemplo, estar engajado em sexo comercial) e contextuais (por exemplo, experimentar as diversas consequências adversas de estar em situação de rua). Não há como contornar integralmente estas limitações, seja pelos riscos inerentes às falácias ecológica e de agregação (ver o texto clássico de Freedman, disponível em: <http://michaeljohnson-philosophy.com/wpcontent/uploads/2012/10/ecological-fallacy.pdf>).

A segunda limitação é de natureza operacional, uma vez que avaliações, de fato, exaustivas de questões complexas, como a gravidade da dependência, não podem ser avaliadas no trabalho realizado nas cenas de uso. A excelente compilação da UFRGS sobre a operacionalização de um instrumento clássico de avaliação da dependência, o ASI (Addiction Severity Index), demonstra estas barreiras operacionais de forma cabal (<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/30925>).

3. Finalmente, lidamos na presente análise, com variáveis de natureza recursiva. Ou seja, apresentar um quadro grave de dependência favorece a que os indivíduos por ela afetadas se mostrem propensos a entrar em conflito com suas famílias, trabalho, redes de amigos e conhecidos, e acabem por deles se afastar, e passem a viver em situação de rua. Por seu turno, estar em

situação de rua, frequentemente agrava e acrescenta novas dimensões de vulnerabilidade, como a necessidade de sobreviver por meios frequentemente ilícitos e a exposição a contextos de violência estrutural.

Embora progressos notáveis tenham sido obtidos no tratamento computacional de funções recursivas, desde sua formulação original por parte do matemático e filósofo norte-americano, Norbert Wiener (ver, por exemplo, sua obra seminal: Wiener, 2019 [1961]), tais avanços ainda se mostram provisórios em epidemiologia. Computacionalmente, é perfeitamente possível, (ainda que desafiador; ver: <https://yourbasic.org/algorithms/time-complexity-recursive-functions/>) analisar funções recursivas, mas tal não se aplica a constructos conceituais complexos, como é o caso do psiquismo humano, cujas funções não podem ser simplificadas de forma acrítica em covariáveis e desfechos, que, por seu turno, se transformariam em covariáveis de iterações subsequentes. Infelizmente, em epidemiologia de um modo geral, e com especial relevância em epidemiologia psiquiátrica e referente ao uso prejudicial e dependente de substâncias, não há, por ora, soluções plenamente satisfatórias.

Inegavelmente, tais questões constituem limitações do presente trabalho, mas neste sentido ele em nada difere do conjunto da literatura internacional, que se vê às voltas com os mesmos desafios.

III - Tabelas e figuras adicionais (em complemento às que estão incluídas no corpo do manuscrito)

Tabela S2. Comportamento sexual dos usuários de crack no Nordeste brasileiro, 2012

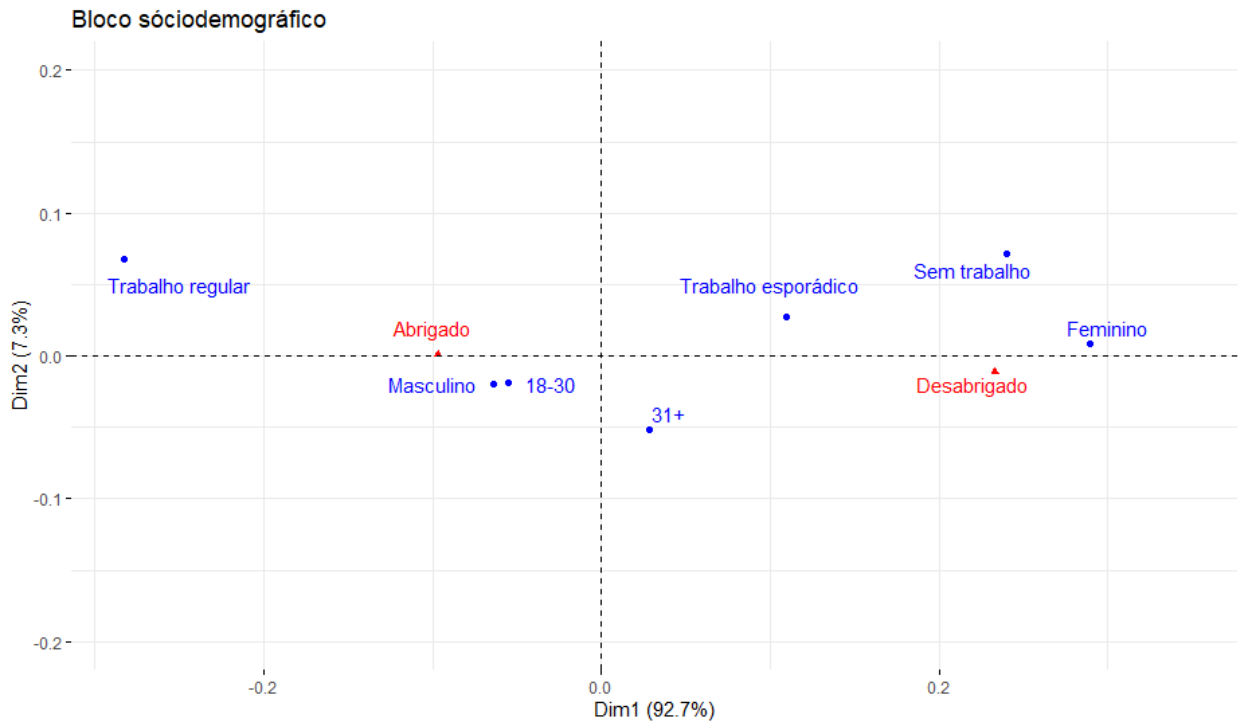
	Abrigados		Morador de rua		Total	p-valor
	n	%	n	%		
<i>Comportamento sexual</i>						
Sexo com parceiro fixo nos últimos 30 dias	948	62,6	358	56,9	1306	0,314
Usou camisinha com parceiro fixo nos últimos 30 dias	202	21,3	66	18,5	268	0,563
Sexo com parceiro casual nos últimos 30 dias	846	56,7	370	59,3	1216	0,765
Usou camisinha com parceiro casual nos últimos 30 dias	440	52,3	193	52,3	633	1,000
Deu dinheiro/droga em troca de sexo nos últimos 30 dias	437	28,3	186	29,5	623	0,837
Usou camisinha nas situações em que deu dinheiro/droga	262	60,1	131	71,2	393	0,117
Recebeu dinheiro/droga em troca de sexo nos últimos 30 dias	300	19,5	177	28,2	477	0,075
Usou camisinha nas situações em que recebeu dinheiro	162	55,1	89	50,5	251	0,703
Usou camisinha no sexo vaginal nos últimos 30 dias	542	37,3	203	33,7	745	0,499
Usou camisinha no sexo oral nos últimos 30 dias	149	14,8	101	21,2	250	0,144
Usou camisinha no sexo anal nos últimos 30 dias	332	36,3	155	40,8	487	0,583
Uso de camisinha em qualquer tipo de sexo (Uso consistente)	334	16,7	133	16,6	467	0,973
Sexo com portador HIV/AIDS	80	4,4	46	6,3	126	0,551
Exame de HIV Reagente	64	3,4	57	7,1	121	0,011
Exame de Hepatite C Reagente	33	1,8	14	1,8	47	0,995
Violência sexual na vida	249	12,6	186	23,5	435	0,011
Violência sexual no último ano	128	27,8	96	33,7	224	0,492

Tabela S3. Serviços sociais, de tratamento e criminal utilizados pelos usuários de crack no Nordeste brasileiro, 2012

<i>Serviços que já usou nos últimos 30 dias?</i>	Abrigados		Morador de rua		Total	p-valor
	n	%	n	%		
Serviço social	245	12,3	76	9,5	320	0,404
Programas para conseguir trabalho	168	8,4	77	9,5	245	0,749
Serviço de alimentação gratuita	131	6,6	231	28,6	362	0,000
Serviços de saúde	306	15,3	170	20,9	475	0,129
Internação	176	8,8	106	13,1	282	0,255
Clínica especializada	97	4,9	17	2,2	115	0,036
Hospital psiquiátrico	75	3,7	22	2,8	97	0,530
Caps AD	234	11,8	56	6,9	290	0,024
Emergência/UPA	215	10,7	120	14,9	335	0,257
Programa de redutores de danos*	27	1,3	40	5,0	67	0,000
Comunidade terapêutica	87	4,4	35	4,3	122	0,962
Vontade de fazer tratamento	1660	83,5	702	87,9	2362	0,168
Detenção no último ano*	836	41,7	389	48,0	1225	0,107
Prisão alguma vez na vida*	791	39,8	425	52,7	1216	0,014

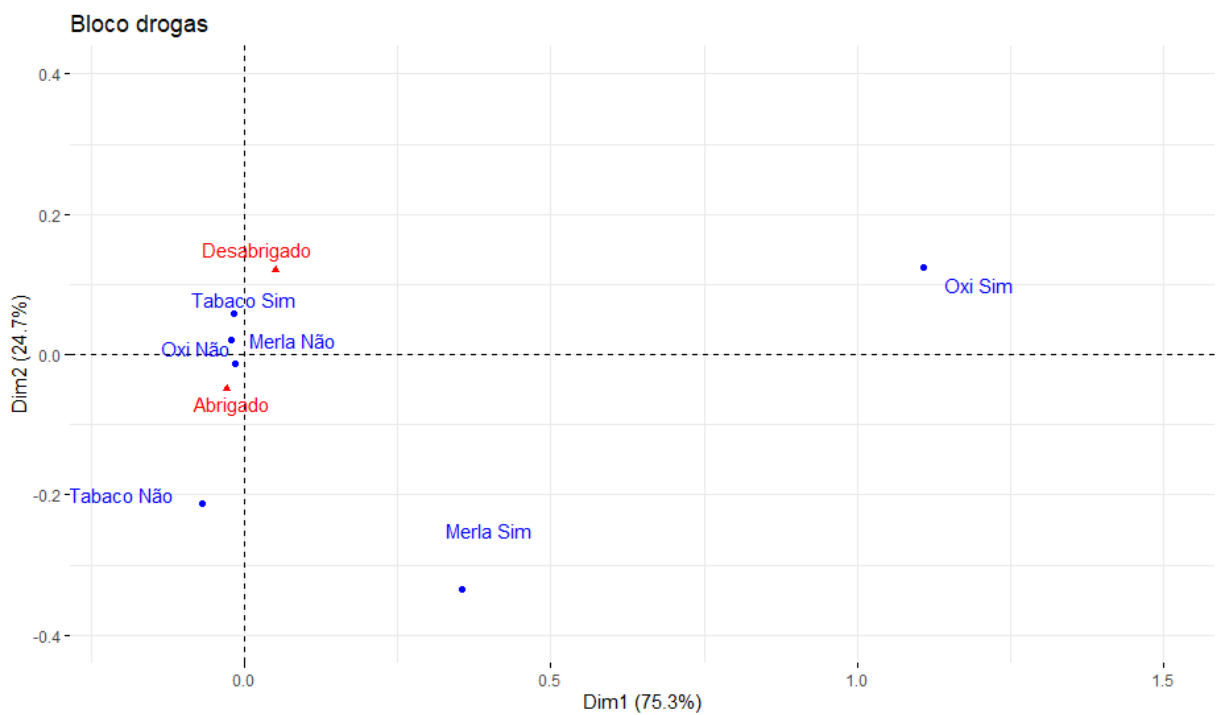
*Valores indisponíveis (0,1% entre abrigados 0,5% entre desabrigados), recusou, não sabe.

Figura S4- Análise de Correspondência do Bloco Sociodemográfico no Nordeste brasileiro, 2012



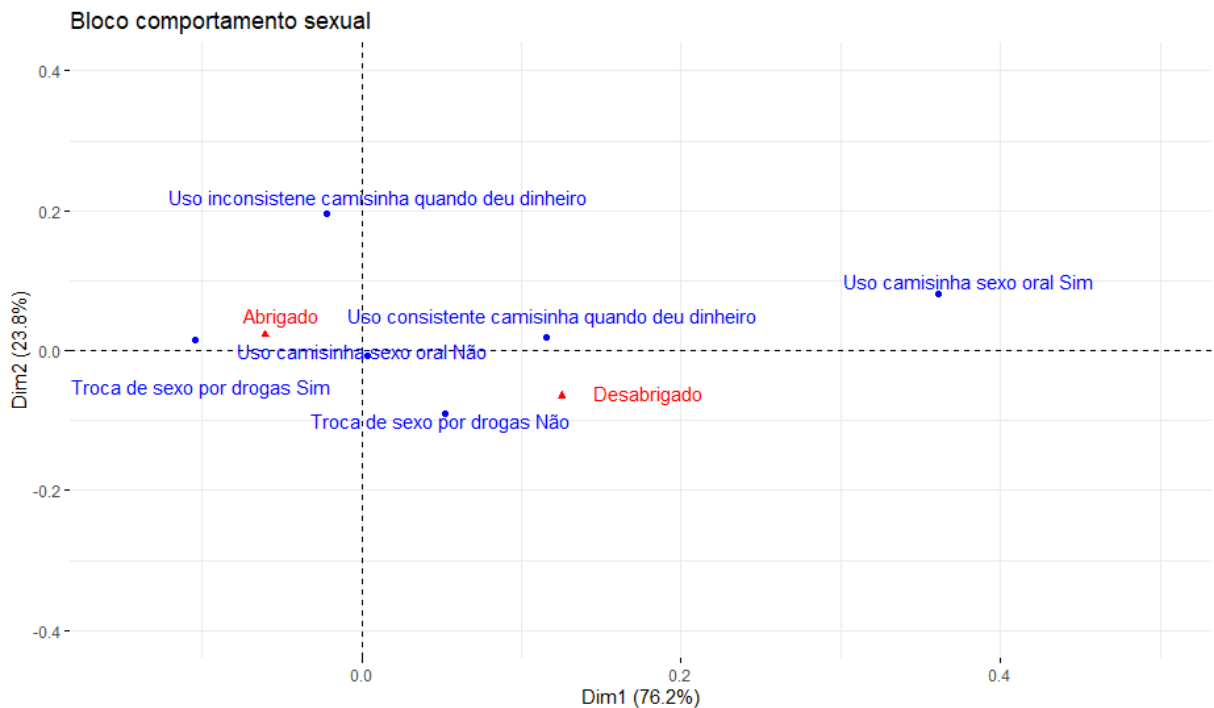
Fonte: Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack/Labgeo, LIS-ICICT/FIOCRUZ

Figura S5- Análise de Correspondência do Bloco sobre Uso de Drogas no Nordeste brasileiro, 2012



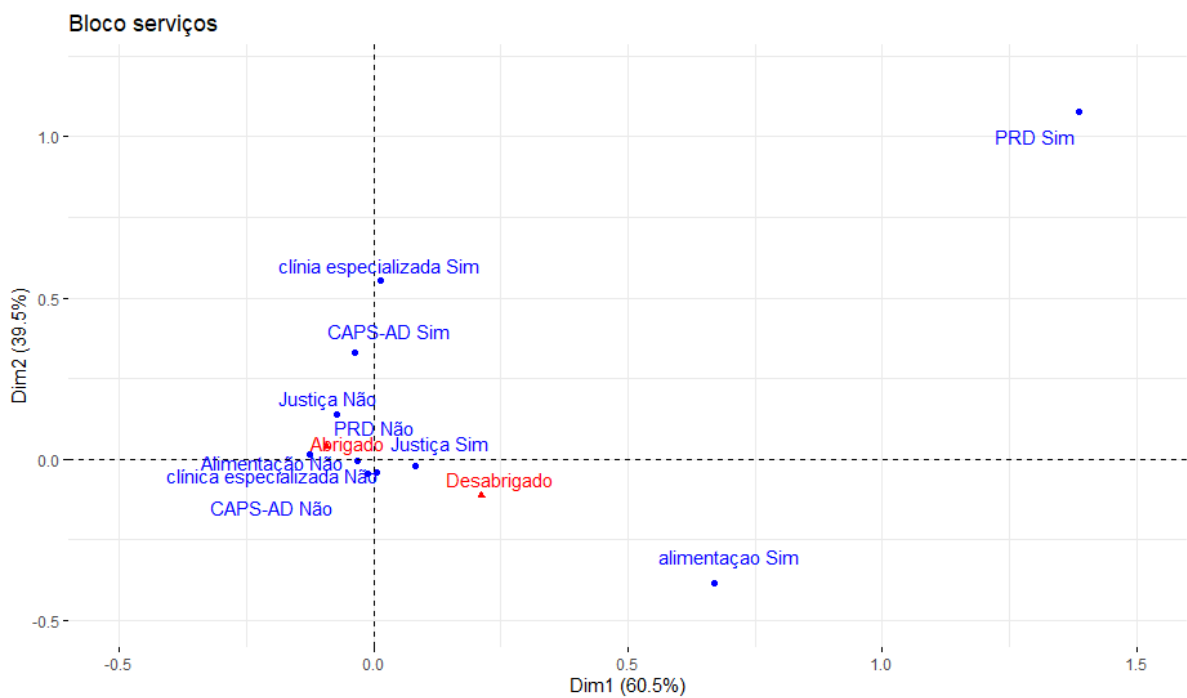
Fonte: Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack/Labgeo, LIS-ICICT/FIOCRUZ

Figura S6- Análise de Correspondência do Bloco sobre o Comportamento Sexual no Nordeste brasileiro, 2012



Fonte: Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack/Labgeo, LIS-ICICT/FIOCRUZ

Figura S7- Análise de Correspondência do Bloco sobre Serviços sociais, de Tratamento e Criminal no Nordeste brasileiro, 2012



Fonte: Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack/Labgeo, LIS-ICICT/FIOCRUZ

Referências

- CHEUNG, A. et al. Emergency department use and hospitalizations among homeless adults with substance dependence and mental disorders. **Addiction Science & Clinical Practice**, v. **10**, n. **1**, p. **17**, 2015.
- COUTINHO, C. et al. The risks of HCV infection among Brazilian crack cocaine users: incorporating diagnostic test uncertainty. **Sci Rep**, v. 9, n. 443, p. 1-9, 2019.
- FEDAK, K.M, et al. Applying the Bradford Hill criteria in the 21st century: how data integration has changed causal inference in molecular epidemiology. **Emerg Themes Epidemiol**, v. 12, n. 1, p. 14, 2015.
- FREEDMAN, D.A. Ecological inference and the ecological fallacy. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Elsevier, v. 6, p. 4027–30, 2001.
- JUDEA, P. Bayesian networks. **Department of Statistics Papers**, p. 1-7, 2011.
- KESSLER, F.H.P. **Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severity Index (ASI6) para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica de usuários de drogas que buscam tratamento no país**. Tese (Doutorado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria. Rio Grande do Sul, p. 320. 2011.
- GILL, K.S. Pearl, Judea and Mackenzie, Dana: The book of why: the new science of cause and effect (2018). **AI & Soc** 35, 767–768 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00146-020-00971-7>
- HOSMER, D.W; LEMESHOW, S; STURDIVANT, R.X. **Applied logistic regression**. 3ª ed. Hoboken, NJ: Wiley; 2013.
- PEARL, J; RUSSEL, S. Bayesian networks. Department of Statistics Papers, 2011. Disponível em: (<https://escholarship.org/content/qt53n4f34m/qt53n4f34m.pdf>)
- VALLIANT, R. **Nonprobability Samples: Problems & Approaches to Inference**. In NISS/WSS Workshop on Inference from Nonprobability Samples, 2017, Washington, DC, United States. United States: 2017, 1-30.
- Time complexity of recursive functions [Master theorem], Algorithms to Go. Disponível em: <https://yourbasic.org/algorithms/time-complexity-recursive-functions/>
- WIENER, N. **Cybernetics: or, Control and communication in the animal and the machine**. 2ª ed. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press, 2019.

5.2 ARTIGO 2

**Condições de moradia e mobilidade de usuários de crack em Teresina, Piauí,
Região Nordeste do Brasil no período 2011-2013**

RESUMO

RESUMO

Introdução: As populações de usuários de drogas em situação de rua são frequentemente submetidas as ações de controle e repressão que dispersam esses grupos para outros espaços geográficos, reconfigurando rapidamente as relações e territórios ocupados por eles. Essas situações expõem a inter-relação do uso de drogas, vulnerabilidade e exclusão social e mobilidade. **Objetivo:** Analisou-se aspectos da dinâmica socioespacial da população de usuários de crack na cidade de Teresina. **Métodos:** Foi realizada análise espacial utilizando técnicas de geoprocessamento. Nesse contexto foram elaborados mapas temáticos através do Sistema de Informação Geográfica (SIG) QGIS versão 3.6. Também foram geocodificados os locais de entrevistas, empregando para essa finalidade o Sistema de Vigilância e Controle (ViconSaga). **Resultados:** Os resultados deste estudo evidenciam que a distribuição espacial da população de usuários de crack em cenas abertas na cidade de Teresina se mostra mais densa e dinâmica no bairro do “Centro”, se caracterizava, à época, como polo atrativo de usuários originários de outras regiões, que se dirigiam, em número substancial (40,2%), para a região central. **Conclusão:** O fenômeno observado na região central de Teresina é característico da dinâmica das desigualdades sociais das cidades e se repete em outros tantos lugares do Brasil e do mundo. A população de rua então torna-se mais presentes nestes espaços geográficos tornando os problemas sociais e a marginalização mais evidentes. Embora seja um problema complexo há experiências exitosas de solução documentados em vários países.

Palavras-chave: Vulnerabilidade social; Crack; Pessoas em Situação de Rua; Análise espacial; Sistemas de Informação Geográfica (SIG).

INTRODUÇÃO

O crack é um subproduto da pasta de coca/cocaína, com a adição de uma base (e.g. bicarbonato de sódio ou amônia) e um solvente (e.g. éter ou acetona), e se apresenta na forma de uma pequena pedra. As consequências do uso são habitualmente graves e, em geral, em um breve intervalo de tempo, os usuários habituais apresentam perda de peso, irritabilidade, taquicardia, tremores, sudorese e ideação persecutória e mesmo suicida (1).

Como resposta ao enfrentamento das questões de saúde, sociais e questões relacionadas à esfera da segurança pública associadas ao consumo e tráfico do crack, no ano de 2010, o Governo Federal aprovou o decreto nº 7.179, criando o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. Posteriormente, em 2011, o referido Plano foi alterado pelo decreto nº 7.637, sendo então lançado o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas e a criação de uma política pública através do “Programa Crack é Possível Vencer”, apoiado em três eixos centrais: cuidado, autoridade e prevenção (2).

A penalidade para o tráfico de drogas é bastante severa em países como EUA, ainda que com modificações importantes com relação à apenação dos usuários de crack na gestão Obama (2009-2017) (3). Na maioria dos países do Sudeste Asiático a resposta ao aumento do consumo de drogas na região foi a implementação de leis que permitem a detenção compulsória para os usuários e, em alguns desses países, a aplicação inclusive da pena capital (4). O Brasil segue o que poder-se-ia denominar de proibicionismo moderado (5), e ao longo do tempo tem realizado investimentos em políticas públicas para ampliar o manejo e os cuidados voltados para o usuário de substâncias de forma prejudicial/dependente, por meio de medidas preventivas, tratamento, recuperação e reinserção social, além da incorporação de conceitos e políticas de redução de danos iniciadas desde 1995 (6). O quadro atual (2021) é pouco nítido, com a edição de normas suplementares que tornam as medidas coercitivas mais amplas e frequentes, ainda que não tenha havido uma alteração da legislação de base.

A dimensão espacial relativa ao consumo de drogas ilícitas corresponde a um fenômeno social complexo e muito dinâmico, compreendendo inter-relações entre as dimensões micro (indivíduos), meso (redes sociais e contextos específicos, como cenas de uso) e macro (o marco legal, o tráfico nacional e internacional). Esta dinâmica requer estudos que explorem a questão visando aprofundar o entendimento sobre a cultura de uso, a produção e o tráfico de drogas no contexto de sua territorialidade (7).

As atividades de controle e repressão das drogas habitualmente dispersam essa população para outros territórios, reconfigurando as relações entre os distintos atores

envolvidos nesse processo e entre eles e os espaços por eles ocupados, ainda que de forma transitória. Essas situações expõem a inter-relação do uso de drogas, da mobilidade e interações de risco, assim como a vulnerabilidade associadas a estes deslocamentos intermitentes (8), reforçando a premência de explorar as características e diferenças locais e regionais dessa população (9).

O sistema urbano possui três eixos principais que balizam os padrões de mobilidade de populações com uma inserção social mínima (nem sempre dimensões extrapoláveis para usuários de drogas em situação de pobreza e marginalização): trabalho (renda), transporte (deslocamento) e moradia. Uma parcela substancial de usuários de crack não tem residência estável ou mesmo está em situação de rua, não se vale de meios de transporte formais, por não dispor de meios de financiá-lo, e não tem emprego regular ou fixo (10).

A associação entre o uso prejudicial/dependente de drogas e estar desabrigado é evidenciada por uma ampla quantidade de estudos internacionais (11–14). No Brasil, há escassos estudos sobre o tema. A mobilidade dos usuários de drogas é outro aspecto importante a ser analisado. Habitualmente, as situações que fazem com que os usuários de crack se congreguem em cenas específicas de uso (frequentemente conhecidas pelo termo pouco feliz – “cracolândias”) se sobrepõem ao desabrigo/desamparo social *lato sensu*. Essas situações expõem a inter-relação do uso de drogas, vulnerabilidade e exclusão social e mobilidade (15).

O estudo de mobilidade de usuários de cenas abertas de consumo de crack permite entender os detalhes e diferença entre subgrupos de acordo com a característica de moradia. A distribuição dos usuários em determinadas regiões pode identificar polos atrativos para consumo e venda de crack. Este estudo analisa aspectos da dinâmica socioespacial da população de usuários de crack em cenas abertas na cidade de Teresina.

MÉTODO

Este estudo utilizou informações da Pesquisa Nacional Sobre o Uso de Crack, inquérito realizado em 2012 (16). A população sob estudo foi composta por brasileiros com 18 anos ou mais, que usaram crack e/ou similares por 25 dias nos seis meses anteriores à entrevista (em média, o equivalente a utilizar o crack uma vez por semana), em cenas abertas para consumo em Teresina, capital do Piauí, Nordeste do Brasil.

Este critério seguiu as normas da iniciativa CODAR (acrônimo de “[E]ncuestas de [C]omportamiento en Consumidores de Drogas con Alto Riesgo; https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=689:2009-

encuestas-comportamiento-consumidores-drogas-alto-riesgo-codar&Itemid=1574&lang=pt), à época o conjunto de critérios e manuais adotado pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS/Organização Mundial da Saúde - OMS).

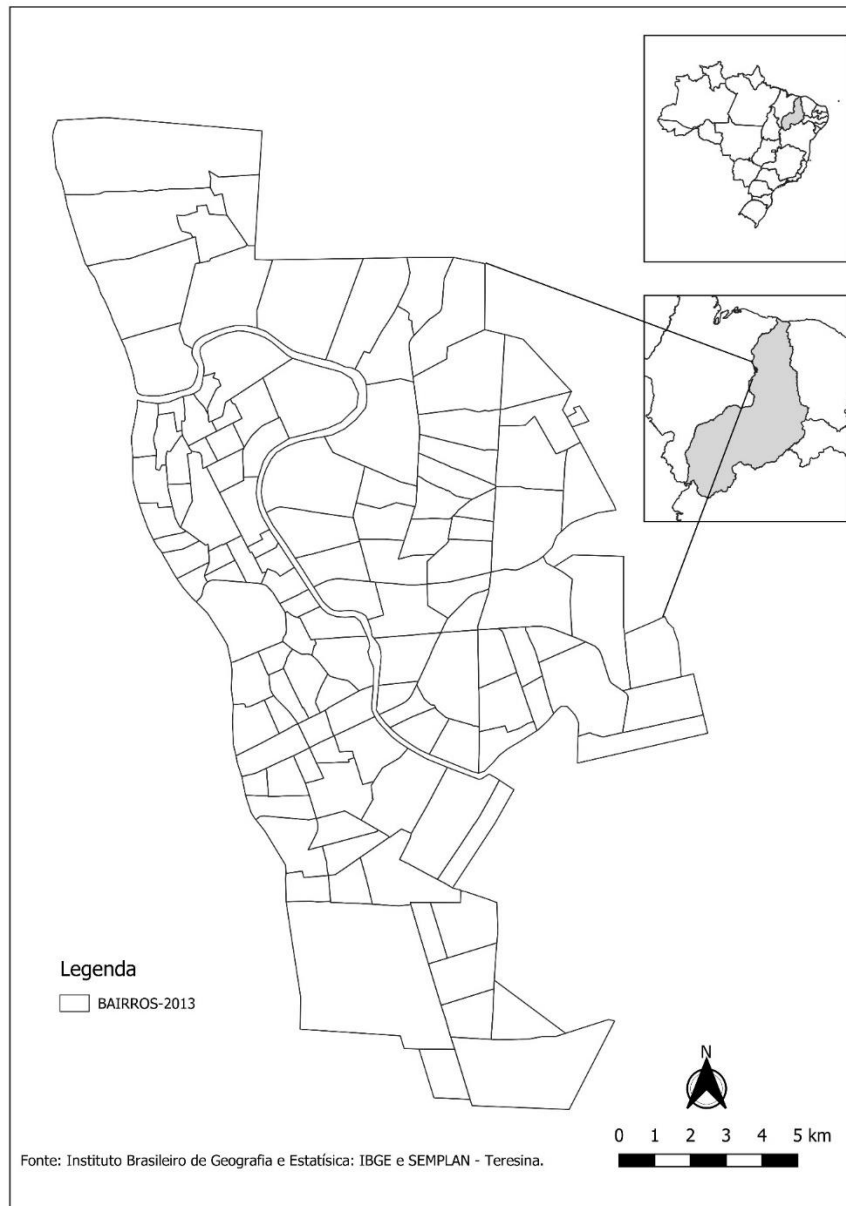
Uma vez que houve uma reconfiguração profunda do espaço urbano com o transcurso do tempo e, mais pronunciadamente, com a pandemia de COVID, o propósito do presente estudo é reconstruir um quadro não mais vigente hoje, seja no Piauí ou em qualquer outro contexto urbano brasileiro, além de servir de linha-de-base para estudos futuros.

Infelizmente, não há análises detalhadas sobre o impacto da pandemia sobre as redes de tráfego e cenas de uso, como é o caso dos minuciosos estudos europeus (consultar o excelente repositório de estudos europeus recentes em: https://www.emcdda.europa.eu/topics/covid-19_en), o que torna a preservação da memória recente em saúde pública e ciências sociais vital frente a um futuro hoje de difícil ou impossível prospecção.

Os dados tabulares correspondentes ao supramencionado inquérito (*survey*) foram estruturados em bases digitais cartográficas para realização de análise espacial utilizando técnicas de geoprocessamento, visando representar aspectos referentes à dimensão do fenômeno analisado. Nesse contexto foram elaborados mapas temáticos através do Sistema de Informação Geográfica (SIG) QGis versão 3.6, sendo utilizadas, nesse processo, malhas cartográficas digitais disponibilizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) <https://portaldemapas.ibge.gov.br/portal.php#mapa206642> e pela Secretaria Municipal de Planejamento de Teresina (SEMPLAN) <https://semplan.pmt.pi.gov.br/mapas-interativos/>. Também foram geocodificados os locais de entrevistas, empregando para essa finalidade o Sistema de Vigilância e Controle (ViconSaga), desenvolvido no laboratório de Geoprocessamento da UFRJ, disponível em: <https://www.viconsaga.com.br/site/home>. Esses locais podem ser visualizados através do endereço <https://www.viconsaga.com.br/cenast> elaborado com vista ao presente estudo, o que o torna reprodutível, por qualquer pesquisador interessado, em atenção aos critérios de transparência e reprodutibilidade em ciência (17).

A cidade de Teresina fica localizada a 343 km do litoral do estado (**Figura 1**) e conta com uma população estimada em 861.230 habitantes pelo IBGE (18). Faz parte da Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) da Grande Teresina, com 1.194.911 habitantes, considerada a maior RIDE do país, depois da RIDE-DF, ou seja, do Distrito Federal e seu entorno (19).

Figura 1- Área urbana da cidade de Teresina, 2013.



A seleção de voluntário em Teresina seguiu a lógica do desenho da amostra referente às capitais, e compreendeu dois estágios de seleção para recrutamento dos voluntários: 1- combinação de cena e turno (CT) e 2- usuário, após o mapeamento da cena. Foram mapeadas ao todo 26 cenas de consumo de crack em Teresina e 230 usuários foram recrutados para participar da pesquisa (16). Muito provavelmente, por se tratar de entrevistas realizadas em contexto e que vinculavam (como explicitado no Termo de Consentimento) uma população marginalizada à maior instituição biomédica do país, a FIOCRUZ, e seus parceiros locais, não foram observadas recusas, embora 7 (sete) entrevistas não pudessem ser aproveitadas, devido a repostas inconsistentes (análises exploratórias, dados não exibidos).

Detalhes adicionais estão disponíveis no material suplementar do artigo de Coutinho e colaboradores (2019) (20).

Informações referentes ao bairro e município de moradia do entrevistado (16), à época do estudo, foram obtidas com base no questionário da pesquisa (Anexo A), compreendendo os itens a saber: “seção A – informações sociodemográficas”, itens 10 e 11.

Para analisar as regiões de intenso consumo de crack de Teresina foram utilizadas informações referentes à “*seção C - mobilidade*” do questionário, que indagava aos usuários entrevistados: “Nesta cidade, você poderia listar as favelas/comunidades ou bairros onde você usou crack e/ou similares nos últimos 6 meses? Se [estes] forem mais de cinco, liste as cinco que você mais visitou” & “Você poderia listar as cidades onde você usou crack e/ou similares nos últimos 6 meses? Se forem mais de cinco, liste as cinco que você mais visitou” [visitou com maior frequência]”.

Foram elaborados mapas temáticos coropléticos, de fluxo e aplicação do estimador de densidade de *Kernel*, visando estimar e permitir a visualização da intensidade do uso das substâncias nas regiões selecionadas, que, neste estudo, foram as áreas em que os entrevistados mencionaram, com maior frequência, consumir o crack e/ou similares (21).

O método de *Kernel*, ao ser aplicado à mobilidade de usuários de crack e outras drogas, permitiu analisar padrões de uso destas substâncias de forma geográfica no sentido de identificar áreas em que se concentra o uso destas substâncias (19).

A estimativa de *Kernel* é uma técnica de interpolação exploratória que gera uma superfície de densidade para a identificação visual de “áreas quentes”, que são concentrações de eventos que indicam a aglomeração de um dado evento/ocorrência (como a presença de um indivíduo em um determinado local) em uma distribuição espacial, sendo uma técnica estatística de interpolação não paramétrica, em que uma distribuição de pontos ou eventos é transformada numa “superfície contínua de risco” para a sua ocorrência e, esta superfície contínua não está delimitada segundo divisões políticos-administrativas (21).

Visando descrever os fluxos intra e inter-urbano dos usuários de crack na capital Teresina foram elaborados mapas de fluxo, valendo-se da distância Euclidiana (ou seja, seguindo os pressupostos da geometria Euclidiana, que lida com superfícies planas, pontos e retas) que, percorrida pelo usuário do local de moradia até a localidade de consumo de drogas.

Obviamente, a distância Euclidiana é um *proxy* do trajeto real dos usuários ao longo e através dos diferentes territórios. Este trajeto, por um lado, nos é desconhecido, e de um modo geral não revelado, mesmo em entrevistas em profundidade, pois trata-se de uma informação que o usuário percebe como sendo de risco (seja este risco objetivo ou subjetivo), em função

da violência estrutural vigente nesses territórios. Por outro lado, frequentemente, não existem trajetórias estáveis, algo que é habitual em quaisquer populações que se percebem sob risco no seu deslocamento pelos territórios (22).

Todas as etapas que envolveram o inquérito foram previamente aprovadas pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), como também foi aprovado nos respectivos comitês municipais e estaduais quando houve necessidade. Para este novo estudo (Região NE), houve nova submissão ao Comitê de Ética, aprovada sob o CAAE 15952819.0.0000.5240.

RESULTADOS

A amostra calculada para Teresina, com base nos cadastros de cenas, foi, inicialmente definida, como sendo composta por 400 usuários e, nas cenas, 230 foram recrutados e destes 223 entrevistados com sucesso (55,8% da amostra prevista e 97,0% dos recrutados nas cenas efetivamente acessadas). Como descrito em diversos trabalhos, inclusive da nossa própria equipe (23-25), cenas identificadas como tais por agentes comunitários, lideranças locais, entre outras pessoas com a potencialidade de observar tais cenas em segurança, não necessariamente se transformam em cenas efetivamente acessadas, devido ao caráter transitório de diversas cenas e da violência estrutural nelas vigentes. Esta limitação, descrita em detalhe mais adiante, é intrínseca e constitutiva desse campo de estudo.

Como forma de demonstrar em escala nacional o último município de residência fixa, foi realizado um mapa coroplético, representando as diferentes categorias do evento, através do número de usuários e os respectivos municípios citados, com essa mesma modalidade de mapa foi possível identificar os bairros do município de Teresina informados como local onde o usuário viveu ou passou/dormiu a maioria das noites nos últimos trinta dias, utilizando para esse tema a simbologia de quebra natural.

Embora o estado do Piauí, Unidade Federativa que é objeto deste estudo específico, seja o mais frequentemente informado (42,3%) como último local de sua moradia (ou seja, usuários, que, segundo seu relato, não se deslocaram de outras UFs no período analisado), observamos um quantitativo expressivo de relatos de usuários que referiram ser provenientes de outras UFs, especialmente dos estados vizinhos, Maranhão (21,6%) e Ceará (4,5%), além do papel relevante de São Paulo (4,5%), na região Sudeste e do Distrito Federal (4,0%), no Centro Oeste (**Figura 2**).

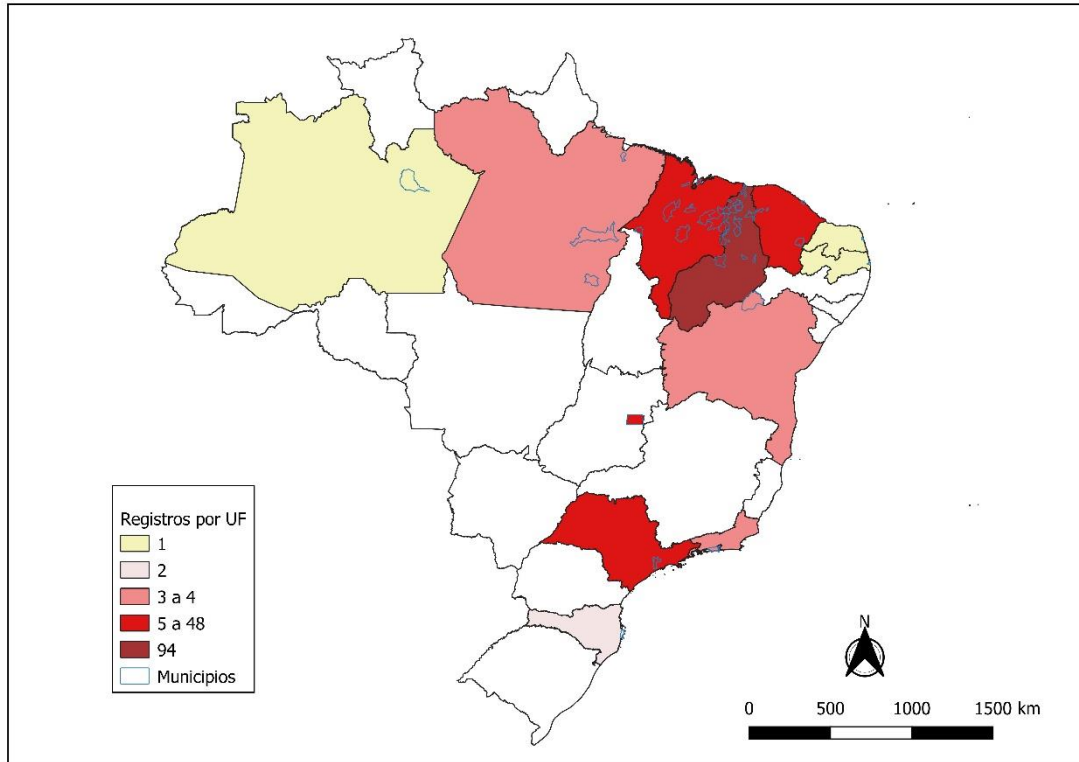
Nesse processo, observou-se no espaço urbano de Teresina o espraiamento de usuários de crack em situação de rua (**Figura 3**). O bairro centro assume um papel diferenciado por evidenciar a principal região de intenso consumo de crack, bairros como Itararé, Tabuleta e São Joaquim também representam de forma significativa o contexto de usuários em situação de rua. É importante salientar que esses bairros se caracterizam pela existência de áreas de intenso comércio, favorecendo uma dinâmica relacionada ao trabalho informal e atividades alternativas de obtenção de renda, decorrente do fluxo de pessoas que esses locais proporcionam.

O deslocamento de usuários para o lugar preferencial de consumo foi baseado no modelo de mapas de fluxo, tendo sua origem representado pelo centroide do bairro informado como o local de residência, e o local de consumo representado pelo centroide do bairro informado como destino. Esses quatro cenários de fluxo evidencia a existência de locais com potencial diferenciado de atração (bairros mais frequentados pelos usuários que se deslocaram) para o consumo e se destaca, nesse contexto, o Centro ("polo"), e, em proporções decrescentes, os bairros de Itararé e São Joaquim. Os demais deslocamentos são difusos e dispersos, ou seja, não há padrão discernível. (**Figura 4**).

Das 223 entrevistas realizadas houve a perda de informações de um participante quanto à sua geolocalização. A distribuição de usuários de crack ($n = 222$) em cenas abertas na cidade de Teresina foi georreferenciada pelo endereço catalogado das cenas abertas de consumo (26 pontos), utilizando para tal propósito o sistema Vicon Saga. A partir das localizações foi criado o projeto Cenas, no referido Sistema. No mapa de densidade Kernel buscou-se demonstrar a densidade e proximidade das cenas de consumo onde foram aplicados os questionários, através da função quadrática foi estabelecido o um raio de um raio de 500 metros, e pixel de 25 metros (**Figura 5**).

A densidade dos locais de consumo evidencia o intenso consumo de crack no bairro centro, sinalizado no mapa como “área quente” do fenômeno observado, verificado pela função Kernel, através da visualização do conjunto das cenas de consumo, se verificou que muitas delas estavam localizadas na avenida Maranhão ou ruas próximas, situada às margens do Rio Parnaíba, que separa os estados do Piauí e Maranhão, compreendendo as cidades de Teresina-PI e Timon-MA. Esta região é conhecida pela grande quantidade de locais de lavagem de carros (simples estruturas de lava jato ao ar livre que se beneficiam da proximidade do rio), em toda a sua extensão; também é frequentemente cenário das manchetes policiais de diversos crimes, como assaltos, homicídios e tráfico de drogas devido à presença de “bocas de fumo” (locais de tráfico e venda de drogas), além de conhecidos pontos de prostituição e de locais públicos que se concentram populações marginalizadas.

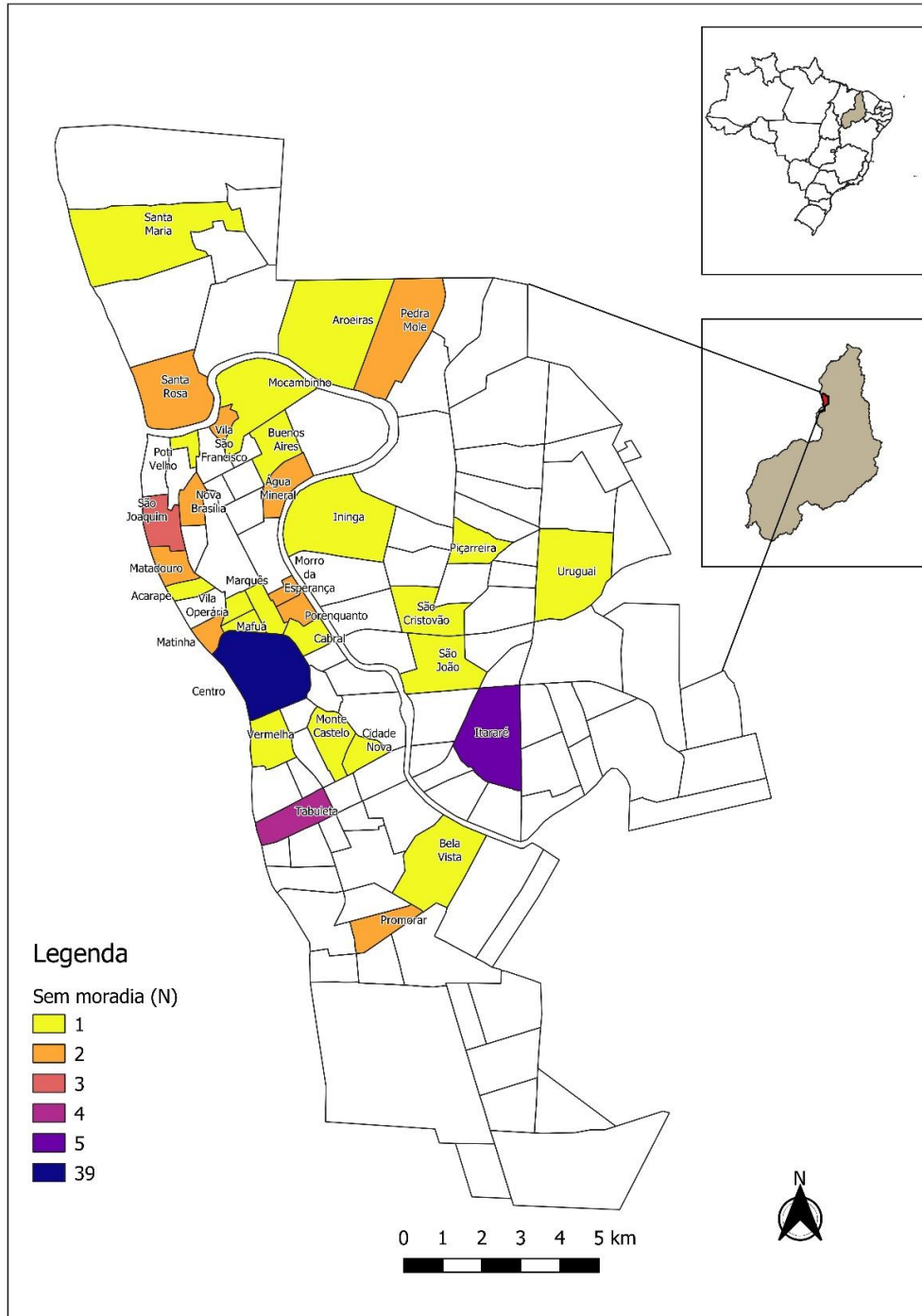
Figura 2. Unidade da Federação informada pelos usuários como último local de residência nos últimos 30 dias.



Fonte: Base Cartográfica - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

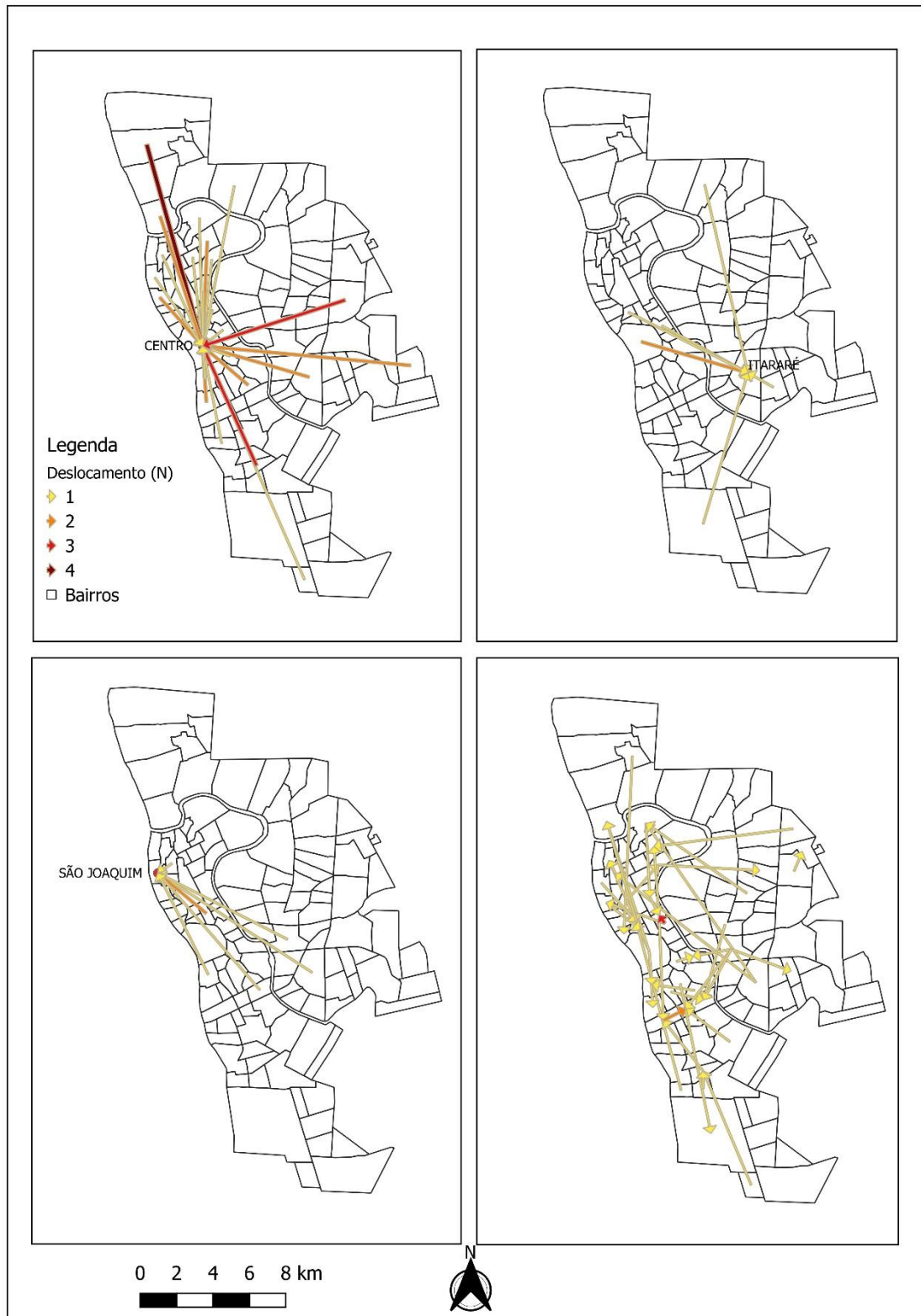
Figura 3. Distribuição de usuários em situação de rua, no município de Teresina, 2012.

Fonte: Base Cartográfica - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IGBE) e Secretaria Municipal de



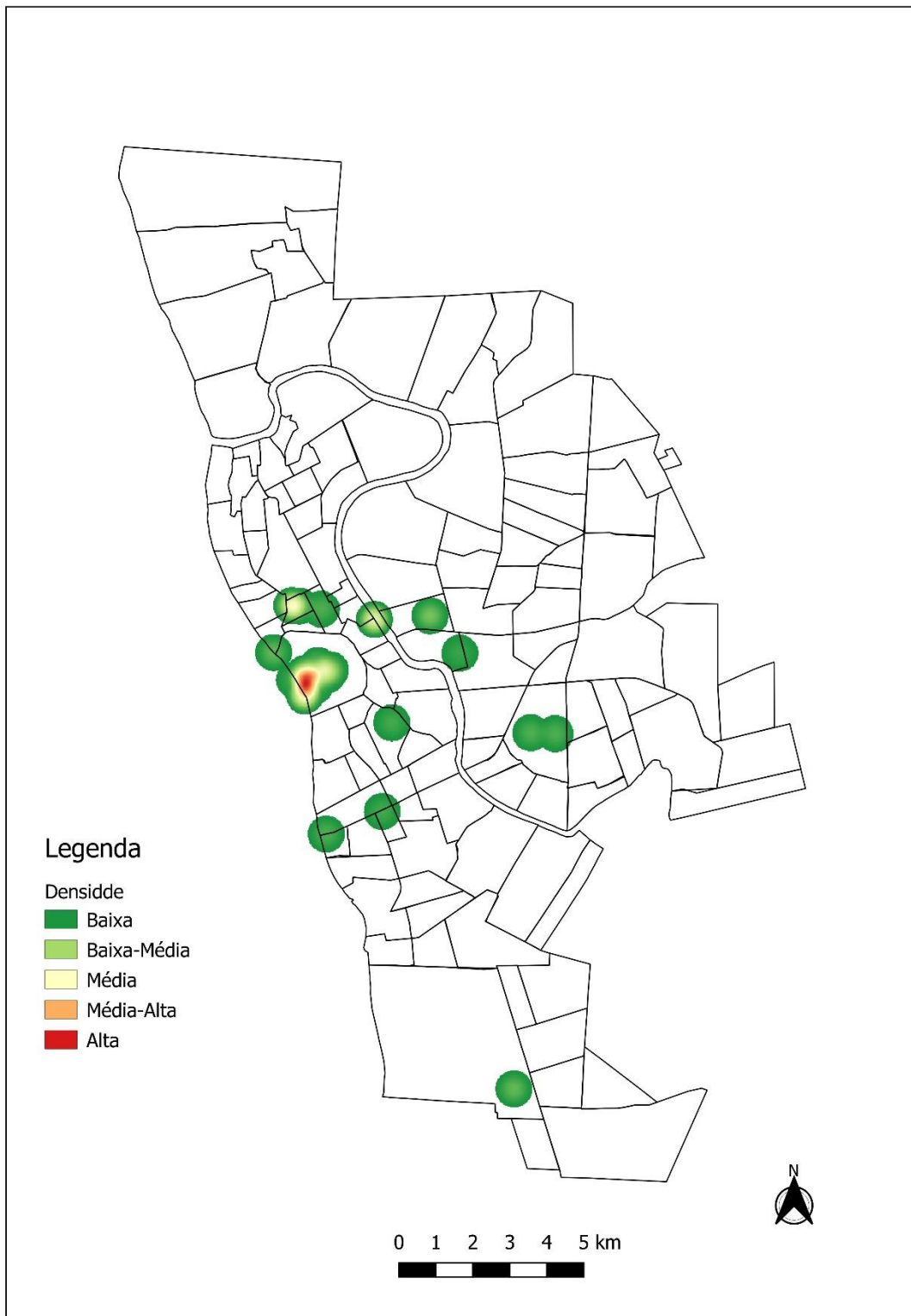
Planejamento e Coordenação (SEMPPLAN - Teresina).

Figura 4. Fluxo entre o local de moradia e o local de consumo de usuários de crack de cenas abertas, no município de Teresina, 2012.



Fonte: Base Cartográfica - Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação (SEMPPLAN - Teresina).

Figura 5. Mapa de densidade das cenas de consumo por Bairros, segundo estimador Kernel, no município de Teresina, 2012.



Fonte: Base Cartográfica - Secretaria Municipal de Planejamento e Coordenação (SEMPPLAN - Teresina).

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo evidenciam que a distribuição espacial da população de usuários de crack em cenas abertas na cidade de Teresina se mostra mais densa e dinâmica no bairro do “Centro” (o que não deve ser confundido com a habitual acepção de Centro, que é antes referente a um amplo conjunto de bairros, como classicamente é conhecido em inglês pela expressão “*downtown*” ou pela expressão britânica, especialmente, londrina, de “*City*” ou Centro financeiro). Este bairro, subdividido em Centro Norte e Centro Sul, se caracterizava, à época, como polo atrativo de usuários originários de outras regiões, que se dirigiam, em número substancial (40,2%), para a região central. Obviamente, transcorridos anos do mapeamento original, especialmente em um contexto de pandemia nos dois últimos anos (2020/1), tais achados têm valor histórico e de linha de base, uma vez que em um contexto urbano profundamente reconfigurado, é inteiramente plausível e mesmo provável, que os fluxos tenham se reconfigurado, seja em função de um novo contingente de usuários, novas cenas de tráfico e uso, e mesmo da própria redefinição do espaço urbano *lato sensu*, com fechamento de bares, restaurantes, renovação e obsolescência de unidades do comércio local etc.

Sobre a situação da população de rua, não há registros de esvaziamento de cenas/redução desta população no contexto nacional nos últimos anos. Dados da estimativa de população em situação de rua no Brasil, evidenciam, ao contrário, que houve um aumento de pessoas vivendo nessa situação, da ordem de 140%, no período compreendido entre setembro de 2016 a março de 2020, correspondendo a um acréscimo cerca de 222 mil pessoas. O estudo registra que tal crescimento pode ser observado em todas as Grandes Regiões e em municípios de todos os portes (26).

Similar ao que ocorre em Teresina, observa-se a mesma dinâmica em outras cidades brasileiras, com uma acentuada concentração da população em situação de rua nos centros urbanos. Esse processo tem uma certa relação com o “potencial de interação” que existe entre os Centros Urbanos (ou “hubs” de transporte e deslocamento de cargas e pessoas, não necessariamente centrais, como em diversas cidades européias), em função do conjunto de atributos como maior densidade de transporte urbano, comércio e serviços, que exerce um poder de atração entre diversos segmentos da sociedade. Num contexto geral relativo à população de rua, não específico de usuários de crack, no Censo da População em Situação de Rua do município do Rio de Janeiro de 2020, foi constatado que o bairro com a maior concentração de população de rua era o Centro (27).

O processo de inserção de novos grupos no espaço urbano determina reconfigurações

territoriais que podem ser modeladas através dos deslocamentos (fluxos) de seus atores. Este processo compreende: abrangência, apropriação e/ou controle e coexistência entre territórios (28), observando-se, entre outros fatores, a capacidade de atração e a formação de centros polarizadores de certas localidades.

Essa situação de congregação de usuários de crack na região central de Teresina, repete, em menor escala (pela razão óbvia de tratar-se uma malha urbana menor e bastante menos densa, do que, por exemplo, São Paulo), o que acontece nos principais cenários de tráfico e consumo de drogas do mundo (29,30). Em São Paulo, por exemplo, uma pesquisa etnográfica observou esse movimento de usuários de crack provenientes de bairros periféricos ou até mesmo do interior do estado, que se deslocam para os grandes centros urbanos, onde há maior oferta de trabalho, geralmente transitório e em tempo parcial (por vezes, em atividades ilícitas), para mão de obra não qualificada; maior concentração de usuários de drogas e outras populações vulneráveis, como profissionais do sexo (havendo forte sobreposição entre uso dependente de crack e engajamento em sexo comercial); crianças, adolescentes e adultos em situação de rua e ex-presidiários (31).

Os usuários de drogas ilícitas são atraídos pelos centros urbanos e se aglomeram em áreas marcadas pela pobreza, atividades ilegais, violência, prostituição e exposição a diversos tipos de doenças e agravos (como agressões, ameaças e acidentes). Esses fenômenos foram verificados em um estudo sobre a mobilidade das pessoas que usam drogas em Vancouver, onde foi observado que mais da metade dos entrevistados migraram para o bairro Downtown Eastside (30).

No Canadá é bem documentado o caso do bairro Downtown Eastside, em Vancouver, destacado cenário de cena aberta de consumo de drogas e que foi sendo povoado ao longo dos anos por pessoas de baixa renda e pacientes psiquiátricos, atraídos pela moradia acessível e de baixo custo desta região, caracterizada pela presença de comércio varejista de rua, basicamente de produtos mais baratos e de consumo básico; hotéis com pequenos quartos individuais, de custo acessível, mas péssimas condições de manutenção e higiene. Cabe observar que em países de clima bastante frio, como o Canadá, instalações que não contam com um sistema de calefação minimamente eficiente, se tornam extremamente desconfortáveis, além de trazerem risco à saúde para os moradores e comunidades. Taxas muito elevadas de diversas doenças respiratórias têm sido amplamente documentadas nesses locais (32).

Na década de 1990, a região se tornou centro de tráfico de drogas e outras operações ilegais em Vancouver, associada a uma crise decorrente de intervenções públicas baseadas em

evidências visando controlar, ou ao menos, minimizar, esse problema, o que resultou no aumento da violência no local e agravamento da situação em toda a comunidade (33–35). Dada a abundância de evidências científicas sobre o tema, que chegam a centenas de publicações nas revistas mais prestigiosas em todo o mundo, cabe observar o persistente hiato entre evidências científicas e sua tradução em políticas públicas.

Nos EUA, a região de Bushwick, localizada no imenso distrito (no original, “burgo” [*borough*] do Brooklyn, Nova York), na área central deste burgo, trouxe à tona a problemática da disseminação das drogas na região, transformando áreas antes voltadas para recreação e sociabilidade em perigosas zonas de consumo de drogas ilícitas e cenários de crescente violência. Cabe observar a dinâmica urbana peculiar de Nova York, onde o centro geográfico é, na verdade, a Ilha de Manhattan, cercada por distritos ou burgos imensos, como Brooklyn ou Queens, cada um deles com seus respectivos centros urbanos (29).

Comerciantes de Bushwick experimentaram uma persistente sensação de impotência e fracasso, ao tentar lidar com esses problemas mediante investimento em segurança particular. A degradação progressiva de serviços públicos foi, ao longo de um período dilatado, inevitável, já que não mais se investia mais em recolhimento de lixo, linhas de transportes públicos foram suprimidas, as ruas se tornaram esburacadas, escolas foram negligenciadas e prédios abandonados foram invadidos por usuários de drogas (em inglês essas ocupações são denominadas por um termo específico, *squatting*, que se perde na acepção bastante genérica de “ocupação” urbana em português. Por outro lado, a especificidade de ocupações rurais, exemplificadas em termos como “grilagem” ganham contornos genéricos na língua inglesa) (29).

Esses problemas foram, finalmente, revertidos nas décadas subsequentes, e, hoje, Bushwick voltou a ser um bairro que não difere substancialmente de outras regiões de classe média baixa e baixa do Brooklyn (36).

Apesar de estarem inseridos nas cenas de consumo, é bastante comum o usuário relatar o desejo de conseguir alcançar abstinência e capacidade de manejo do uso prejudicial do crack, e de recobrar seu trabalho, domicílio regular e a vida social de outrora (31). Essa necessidade de deixar de usar drogas foi relatada por jovens que faziam uso de drogas no centro da cidade de Vancouver (33). No entanto, essa vontade e o desejo manifesto de reinserção enfrentam diversas dificuldades e obstáculos que envolvem a escassa oferta de emprego para ex-presidiários, a falta de qualificação profissional adequada, a reduzida possibilidade de encontrar residência e trabalho longe das cenas e dos vínculos frágeis entre contextos de uso de drogas e disponibilidade de serviços de saúde próximos e acessíveis, em termos de baixo limiar

de exigências (como aceitação a despeito de documentação incompleta ou ausente), custo reduzido ou nulo e um ambiente de tratamento não estigmatizante e acolhedor (37). Isso, além de questões intrapsíquicas e de questões familiares e de interação famílias e social com a comunidade (33).

O “Acordo de Vancouver”, como ficou conhecido, foi uma importante parceria entre as esferas governamentais do Canadá, com o propósito de investimento na saúde, desenvolvimento econômico, segurança e habitação da região como forma de intervir em problemas sociais que o mercado das drogas controlado por facções criminosas impunha à estrutura dos centros urbanos anteriormente esvaziados e degradados. Esse acordo trouxe impacto muito positivo na região e hoje se tornou referência no enfrentamento do problema em grandes cidades (34). No bairro de Bushwick, Brooklyn, EUA, houve nos últimos anos um grande impacto na redução da criminalidade e tráfico de drogas na região depois de ações conjuntas da prefeitura e iniciativa privada, e profunda reforma das abordagens policiais (36). Foi adotada um policiamento comunitário e continuamente monitorado, hoje em curso em todos os EUA, a partir dos repetidos atos de violência e racismo, amplamente divulgados nos meios de comunicação em período recente.

A relevante quantidade de usuários entrevistados nas cenas de Teresina que relataram residência em outros estados da federação nos últimos 30 dias, evidencia a contribuição de indivíduos provenientes de estados vizinhos, como Maranhão e Ceará. O destaque para o primeiro se justifica devido à proximidade geográfica de Teresina. Já o Distrito Federal e o estado de São Paulo, a despeito do evidente obstáculo de deslocamento (em termos de acesso, tempo e recursos), também mereceram destaque nos mapas de fluxo. É interessante ressaltar que o segundo é descrito por ser precursor do mercado ilícito do crack na década de 90 e consequente rápida expansão para o restante do território nacional (23,38,39), portanto, uma fonte central de distribuição, algo similar a um “*hub*” de tráfico e venda, ainda que São Paulo não produza a matéria prima (pasta base de coca).

A distribuição de usuários em situação de rua se apresentou mais concentrada no Centro da capital, Teresina, e por esse motivo seria interessante o investimento de políticas de saúde na região. A cidade de Teresina conta com um serviço de Consultório de Rua com equipe multiprofissional que atende todos os bairros e, em 2019, contava com 760 pessoas em situação de rua cadastradas (40). A experiência das práticas adotadas pela equipe de Consultório de Rua para população desabrigada e usuários de crack se mostrou positiva no sentido de garantir cuidado integral aos usuários em situação de extrema vulnerabilidade em Manginhos, Rio de Janeiro (41).

A análise dos mapas de densidade dos locais de consumo não dá margem à dúvida de que na região do Centro da cidade estão (ou, mais precisamente, estavam) concentradas as principais cenas de consumo de crack. Considerando a fragmentação e articulação do espaço urbano como complementares, sendo reflexo e condição social e campo simbólico e de lutas pela utilização do espaço urbano, enquanto a fragmentação resulta da ação dos diversos fatores que modelam o espaço urbano, o processo de articulação propicia unidade do espaço urbano através das relações entre as partes componentes, tendo no núcleo central da cidade o foco da articulação e gestão das atividades (28).

A despeito desta limitação central, presente em todos os estudos com populações de difícil acesso, estigmatizadas e envolvidas em atividades definidas como ilícitas, não minimiza o fato de que em momento algum, anteriormente, Teresina tenha sido mapeada e analisada nesse grau de detalhe quanto à candente questão social e de saúde pública, como no caso do presente estudo.

CONCLUSÃO

O fenômeno de concentração de moradores de rua no Centro de Teresina é observado em outros tantos lugares do Brasil e do mundo. Os diversos centros urbanos e/ou grandes entroncamentos rodoferroviários (o que não é o caso de Teresina, mas sim de diversas cidades europeias) apresentam potencial de atração de populações das periferias para as regiões centrais e das cidades do interior para capitais. A população de rua então torna-se mais presentes nestes lugares tornando os problemas sociais e a marginalização mais evidentes, mesmos nos países mais desenvolvidos, nos seus bolsões de pobreza e exclusão. Em países, como o Brasil, em que as desigualdades são tão evidentes e acentuadas a problemática torna-se ainda mais desafiadora e complexa.

Este, porém, não é um problema sem solução e diversos lugares do mundo já experimentaram experiências exitosas, como Vacouver, no Canadá e Nova York, nos EUA. O que tornou possível a redução do problema nestes países foi um conjunto de ações que concilia atividades sociais, geração de emprego formal, programas de habitação para populações vulneráveis, projetos para ressocialização de ex-presidiários, instituições de saúde com pessoal treinado para atender a demanda de usuários de drogas e policiamento capacitado para repressão do tráfico de drogas.

REFERÊNCIAS

1. Butler AJ, Rehm J, Fischer B. Health outcomes associated with crack-cocaine use: Systematic review and meta-analyses. *Drug Alcohol Depend* 2017;180: 401–16.
2. Brasil. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. *Diário Oficial da União* 2011. 08 dez.
3. England DC. Crack vs. Powder Cocaine: One Drug, Two Penalties. *Criminal Defense Lawyer* [Internet]. [cited 2021 fev 01]. Available from: <https://www.criminaldefenselawyer.com/resources/crack-vrs-powder-cocaine-one-drug-two-penalties.htm>.
4. Kamarulzaman A, McBrayer JL. Compulsory drug detention centers in East and Southeast Asia. *Int J Drug Policy* 2015; 26:S33–7.
5. Boiteux L. Tráfico e Constituição: um estudo sobre a atuação da justiça criminal do Rio de Janeiro e de Brasília no crime de tráfico de drogas. *Rev Juríd Presidência* 2010;11(94):01.
6. Andrade TM de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Cienc Saúde Coletiva* 2011;16(12):4665–74.
7. Mason M, Cheung I, Walker L. Substance Use, Social Networks, and the Geography of Urban Adolescents. *Subst Use Misuse* 2004;39(10–12):1751–77.
8. Boodram B, Hotton AL, Shekhtman L, Gutfraind A, Dahari H. High-Risk Geographic Mobility Patterns among Young Urban and Suburban Persons who Inject Drugs and their Injection Network Members. *J Urban Health* 2018;95(1):71–82.
9. Coumans M, Knibbe RA, van de Mheen D. Street-Level Effects of Local Drug Policy on Marginalization and Hardening: An Ethnographic Study Among Chronic Drug Users. *J Psychoactive Drugs* 2006;38(2):161–71.
10. Santos R dos, Hacker M de AVB, Mota JC da, Bastos FI. (submetido) Características de usuários de crack quanto à situação de moradia no Nordeste brasileiro, 2011-2013. *Cienc Saúde Coletiva* 2021. submetido a revista.
11. Cheung A, Somers JM, Moniruzzaman A, Patterson M, Frankish CJ, Krausz M, et al. Emergency department use and hospitalizations among homeless adults with substance dependence and mental disorders. *Addict Sci Clin Pract* 2015;10:17.
12. Dunne EM, Burrell LE, Diggins AD, Whitehead NE, Latimer WW. Increased risk for substance use and health-related problems among homeless veterans: Homeless Veterans and Health Behaviors. *Am J Addict* 2015;24(7):676–80.
13. Tyler KA, Handema R, Schmitz RM, Phiri F, Kuyper KS, Wood C. Multi-Level Risk and Protective Factors for Substance Use Among Zambian Street Youth. *Subst Use Misuse* 2016;51(7):922–31.

14. Phillips M, Richardson L, Wood E, Nguyen P, Kerr T, DeBeck K. High-Intensity Drug Use and Health Service Access Among Street-Involved Youth in a Canadian Setting. *Subst Use Misuse* 2015;50(14):1805–13.
15. Souza J, organizador. *Crack e exclusão social*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania; 2016.
16. Bastos FI, Bertoni N, organizadores. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack*. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ; 2014.
17. Marcus E. Credibility and Reproducibility. *Elsevier Inc* 2014;159(5):965–6.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Cidades e Estados*. Rio de Janeiro: IBGE; 2018.
19. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Regional. Disponível em: <https://antigo.mdr.gov.br/desenvolvimento-regional-e-urbano/acoes-e-programas-sndru/137-secretaria-nacional-de-programas-urbanos/rede-de-avaliacao/3184-rede-integrada-de-desenvolvimento>.
20. Coutinho C, Bastos LS, da Mota JC, Toledo L, Costa K, Bertoni N, et al. The risks of HCV infection among Brazilian crack cocaine users: incorporating diagnostic test uncertainty. *Sci Rep* 2019;9(1):443.
21. Brasil. *Introdução à Estatística Espacial para a Saúde Pública*. Ministério da Saúde; 2007.
22. Vargas R. *Wounded city: violent turf wars in a Chicago barrio*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2016.
23. Bastos FI. Structural Violence in the Context of Drug Policy and Initiatives Aiming to Reduce Drug-Related Harm in Contemporary Brazil: A Review. *Subst Use Misuse* 2012;47(13–14):1603–10.
24. Mann CG, Bastos FI. A Brief Photo-biography of Crack Users From Rio de Janeiro’s Metropolitan Area: Their Settings and Tools. *Subst Use Misuse* 2015;50(4):520–2.
25. Toledo L, Cano I, Bastos L, Bertoni N, Bastos FI. Criminal justice involvement of crack cocaine users in the city of Rio de Janeiro and Greater Metropolitan Area: Implications for public health and the public security agenda. *Int J Drug Policy* 2017;49:65–72.
26. Natalino MAC. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil*. Brasília: Ipea; 2020.
27. Rio de Janeiro (cidade). Prefeitura da cidade do Rio de Janeiro. Números do censo da população em situação de rua 2020. Censo 2020 [Internet]. Disponível em: <https://www.data.rio/datasets/072556c5be3344e1aaf973354b93d566>.
28. Corrêa RL. *Trajetórias geográficas*. Rio de Janeiro, Brazil: Bertrand Brasil; 1996.
29. Curtis R. *The Improbable Transformation of Inner-City Neighborhoods: Crime, Violence,*

Drugs, and Youth in the 1990s. *J Crim Law Criminol* 1998;88(4):1233.

30. Hayashi K, Ti L, Dong H, Bingham B, Day A, Joe R, et al. Moving into an urban drug scene among people who use drugs in Vancouver, Canada: Latent class growth analysis. Benoit C, organizador. *PLOS ONE* 2019;14(11):e0224993.

31. Rui T. *Nas tramas do crack: etnografia da abjeção*. São Paulo: Terceiro Nome; 2014.

32. WHO. Housing and health guidelines. Geneva: *World Health Organization*; [Internet]. 2018 [cited 15 de maio de 2021]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535293/>.

33. Maté G. *In the realm of hungry ghosts: close encounters with addiction*. Berkeley, Calif: North Atlantic Books; 2010.

34. Graham A. O Acordo de Vancouver. *Casoteca de Gestão Pública* [Internet]. 2011[cited 15 de maio de 2021]. Disponível em: <http://casoteca.enap.gov.br>.

35. Hussein A. How downtown vancouver's eastside became what it is today [Internet]. 2019[cited 09 de maio de 2021]. Available from: <https://604now.com/vancouver-downtown-eastside/>.

36. Murphy J. Crime and Punishment Have Both Plummeted in Bushwick [Internet]. 2019[cited 09 de maio de 2021]. Available from: <https://citylimits.org/2019/08/07/crime-and-punishment-have-both-plummeted-in-bushwick/>.

37. Knight R, Fast D, DeBeck K, Shoveller J, Small W. “Getting out of downtown”: a longitudinal study of how street-entrenched youth attempt to exit an inner city drug scene. *BMC Public Health* 2017;17(1):376.

38. Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse* 1996; 31(5):565-579.

39. Zeferino MT, Fermo VC, Fialho MB, Bastos FI. Semelhanças e contrastes nos padrões de uso de crack em Santa Catarina, Brasil: capital vs Meio Oeste. *Cienc Saúde Coletiva* 2017; 22(1):97–106.

40. Teresina (cidade). Fundação Municipal de Saúde. FMS lança campanha para realizar desejos de natal de moradores de rua [Internet]. 2019 [cited 30 de abril de 2021]. Disponível em: <https://pmt.pi.gov.br/tag/consultorio-na-rua/>.

41. Engstrom EM, Teixeira MB. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. *Cienc Saúde Coletiva* 2016;21(6):1839–48.

6 CONCLUSÕES

Este estudo analisou as condições de moradia e mobilidade de usuários de crack no Nordeste no período 2011-2013. No primeiro artigo apresentado observamos as particularidades dos dois subgrupos consumidores da droga, domiciliados e em situação de rua. Conforme foi apresentado ao logo da tese, mesmo o crack estando presente em diversos grupos, os padrões de consumo se dão de forma diferenciada. Os resultados obtidos evidenciaram que os desabrigados relataram acesso a serviços que fornecem alimentação gratuita e programa de redutores de danos e dificuldades em acessar serviços de saúde. Outros aspectos importantes deste subgrupo foi consumo simultâneo de outras drogas, trabalho irregular e envolvimento com crimes.

No segundo artigo verificamos que os usuários de crack em situação de rua estão concentrados geograficamente no Centro de Teresina. Também foi observado o fluxo de usuários de diversos bairros da cidade para região central, espaço geográfico que se apresentava como polo de atração para diversos consumidores de crack. A conjectura dos espaços urbanos tende a evidenciar as discrepâncias sociais e marginalização de populações socialmente vulneráveis: pela situação de rua, uso abusivo de drogas, desamparo social e vítimas de violências. Fenômeno este observado em diversas cidades, especialmente com a formação das grandes metrópoles do Brasil e do mundo. Em São Paulo, por exemplo, observa-se o potencial de atração de populações das periferias para as regiões centrais, das cidades dos interiores para capital paulista e das regiões Norte e Nordeste para o Sudeste em busca de oportunidade de empregos, mais disponibilidade de transporte urbanos, comércio e serviços em geral. Já neste estudo na capital do Piauí, observou-se evento oposto e os usuários eram na sua maioria do próprio estado ou provenientes do estado vizinho, Maranhão. O Piauí (3 milhões de habitantes) não possui massa demográfica para repetir o fenômeno observado em São Paulo (44 milhões de habitantes) e por isso se diferencia neste aspecto de outros grandes centros populacionais.

7 RECOMENDAÇÕES

Há uma tendência mundial, nos países que obtiveram êxito no enfrentamento das drogas, que as estratégias voltadas para este público sejam com foco em políticas públicas de amparo social, programas de incentivos habitacionais, investimento em cursos profissionalizantes e ressocialização.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que os usuários de crack em situação de rua estavam sem emprego ou trabalho informal, condição que já tornava o problema complexo no período em que as informações foram coletadas. Hoje, esse contexto foi agravado e a desigualdade social ampliada pelo impacto provocado pela pandemia. O Nordeste (cenário do primeiro artigo) é a região com menor IDH do país e o estado do Piauí (cenário do segundo artigo), possui um dos piores IDH e renda per capita média do Brasil. Dessa forma, as políticas públicas de saúde a esta população precisam atender a esse contexto social e econômico.

Para solucionar o problema do uso prejudicial/problemático do crack e outras drogas em um país com desigualdades tão evidentes, como o Brasil, é necessário entender que a raiz do problema está nas questões sociais. E que um planejamento abrangendo várias áreas precisa ser formulado para alcançar impacto como: investimento em segurança e limpeza de espaços públicos abandonados, programas integrados de saúde preparados para atender usuários de drogas, programas para desabrigados, incentivos habitacionais, ofertas de cursos profissionalizantes, ressocialização de ex-presidiários, oferta de empregos formais, projetos sociais de acolhimento a vítimas de violência e atividades repressivas ao tráfico de drogas (investimento em reformulação das abordagens policiais).

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuse and addiction: Crack. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 2, p. 141-153, 2012.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**. Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.
- BASTOS, F. I. et al. Smoked crack cocaine in contemporary brazil: the emergence and spread of 'oxi'. **Addiction**, v. 106, n. 6, p. 1191-1192, 2011.
- BOITEUX, L. Prohibicionismo, encarcelamiento y selectividad penal frente al tráfico de drogas. **Nueva Sociedad**, n. 255, p. 132-134, 2015.
- BOODRAM, B. et al. High-Risk Geographic Mobility Patterns among Young Urban and Suburban Persons who Inject Drugs and their Injection Network Members. **Journal of Urban Health**, v. 95, n. 1, p. 71-82, 2018.
- BUTLER, A. J.; REHM, J.; FISCHER, B. Health outcomes associated with crack-cocaine use: Systematic review and meta-analyses. **Drug and alcohol dependence**, v. 180, p. 401-416, 2017.
- CHEUNG, A. et al. Emergency department use and hospitalizations among homeless adults with substance dependence and mental disorders. **Addiction Science & Clinical Practice**, v. 10, n. 1, p. 17, 2015.
- CORNISH, J. W.; O'BRIEN, C. P. Crack Cocaine Abuse: An Epidemic with Many Public Health Consequences. **Public Health**, v. 17, p. 259-273, 1996.
- COUMANS, M. et al. Street-Level Effects of Local Drug Policy on Marginalization and Hardening: An Ethnographic Study Among Chronic Drug Users. **Journal of Psychoactive Drugs**, v. 38, n. 2, p. 161-171, 2006.
- DES JARLAIS, D. C. Harm reduction in the USA: the research perspective and an archive to David Purchase. **Harm Reduction Journal**, v. 14, n. 1, p. 51, 2017.
- DUARTE, P. C. A. V.; FORMIGONI, M. L. O. S. **Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017.
- DUFF, P. et al. Sex-for-Crack exchanges: associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian city. **Harm Reduction Journal**, v. 10, n. 1, p. 29, 2013.
- DUNNE, E. M. et al. Increased risk for substance use and health-related problems among homeless veterans: Homeless Veterans and Health Behaviors. **The American Journal on Addictions**, v. 24, n. 7, p. 676-680, 2015.
- GARCIA, M. O uso problemático e crack e a classe média. In: SOUZA, J. **Crack e exclusão social**. Brasil: Ministério da Saúde, 2016.

GALDURÓZ, J. C. et al. **I levantamento nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas – Parte A.** Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo: CEBRID, Universidade Federal de São Paulo, 2000.

GRAHAM, A. O Acordo de Vancouver. **Casoteca de Gestão Pública** [Internet]. 2011[cited 15 de maio de 2021]. Disponível em: <http://casoteca.ena.gov.br>

HAYASH, I. K. et al. Moving into an urban drug scene among people who use drugs in Vancouver, Canada: Latent class growth analysis. **PLOS ONE**, v. 14, n. 11, e0224993, 2019.

HWANG, S. W.; BURNS, T. Health interventions for people who are homeless. **Lancet**, v. 384, p. 1541-1547, 2014.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD (INCB). **Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2016.** New York: UNITED NATIONS, 2017.

JEGO, M. et al. Improving Health Care Management in Primary Care for Homeless People: A Literature Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 2, p. 309, 2018.

KERTESZ, S. G. A new approach to treating alcohol use disorder in people experiencing homelessness, **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 4, p. 260–261, 2021.

KNIGHT, R. et al. “Getting out of downtown”: a longitudinal study of how street-entrenched youth attempt to exit an inner city drug scene. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, p. 376, 2017.

MCVICAR, D.; MOSCHION, J.; VAN OURS, J. C. From substance use to homelessness or vice versa? **Social Science & Medicine**, v. 136-137, p. 89-98, 2015.

MOURA, H. et al. Crack/cocaine users show more family problems than other substance users. **Clinics**, v. 69, n. 7, p. 497-499, 2014.

MUSTO, D. F. **The American disease: origins of narcotic control.** 3rd ed. New York: Oxford University Press, 1999.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R. Uso do “crack” em São Paulo: fenômeno emergente? **Rev ABP-APAL**, v. 16, p. 75-83, 1994.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C.; NOTO, A. R. Crack use in São Paulo. **Subst Use Misuse**, v. 31, n. 5, p. 565-579, 1996.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, p. 664-671, 2008.

PARKER, M. A.; ANTHONY, J. C. Should anyone be riding to glory on the now-descending limb of the crack-cocaine epidemic curve in the United States? **Drug and Alcohol Dependence**, v. 138, p. 225–228, 2014.

PHILLIPS, M. et al. High-Intensity Drug Use and Health Service Access Among Street-

Involved Youth in a Canadian Setting. **Substance Use & Misuse**, v. 50, n. 14, p. 1805-1813, 2015.

RUI, T. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção**. São Paulo: Terceiro Nome, 2014.

SÁ, L. C. et al. Seroprevalence of Hepatitis C and factors associated with this in crack users. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1195-1202, 2013.

SANCHEZ, Z.; VAN DER M.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 420-430, 2002.

SANCHEZ, Z.; VAN DER M.; NAPPO, S. A. From the First Drug to Crack: The Sequence of Drugs Taken in a Group of Users in the City of São Paulo. **Substance Use & Misuse**, v. 42, n. 1, p. 177-188, 2007.

SILVA JUNIOR, R. C. et al. Demystifying “oxi” cocaine: Chemical profiling analysis of a “new Brazilian drug” from Acre State. **Forensic Science International**, v. 22, n. 1-3, p. 113-119, 2012.

SOUZA, J. **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, 2016.

STEVENS, E. et al. Investigating Social Support and Network Relationships in Substance Use Disorder Recovery. **Substance Abuse**, v. 36, n. 4, p. 396-399, 2015.

NETO, T. **Os Últimos Dias de Paupéria**. São Paulo: Max Limonad, 1982.

TYLER, K. A. et al. Multi-Level Risk and Protective Factors for Substance Use Among Zambian Street Youth. **Substance Use & Misuse**, v. 51, n. 7, p. 922-931, 2016.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION (UNODCCP). **Global illicit drug trends 2010 [online]**. Vienna: UNODCCP; 2010. Disponível em: http://www.undcp.org/adhoc/report_2001-06-26_1/report_2001-06-26_1.pdf.

WOOD, E. Displacement of Canada’s largest public illicit drug market in response to a police crackdown. **Canadian Medical Association Journal**, v. 170, n. 10, p. 1551-1556, 2004.

ZEFERINO, M. T. et al. Semelhanças e contrastes nos padrões de uso de crack em Santa Catarina, Brasil: capital vs Meio Oeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 97-106, 2017.

ANEXO A – PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

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



Rio de Janeiro, 03 de maio de 2011.

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

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

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

Classificação no Fluxograma: Grupo III

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

Pesquisadora Responsável: Monica Siqueira Malta

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

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

Data de apreciação: 06 / 04 / 2011

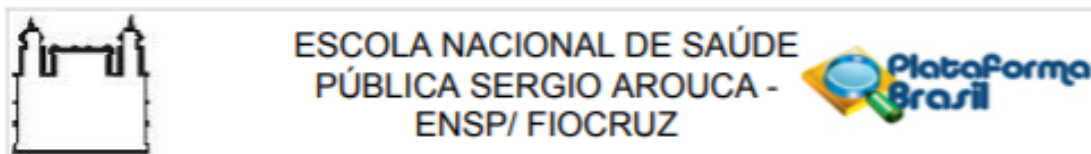
Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

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

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

Ângela Esher
Coordenadora do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Matr. SIAPE: 1395884

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO CEP/ENSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo sobre condições de moradia e mobilidade de usuários de crack no Nordeste no período 2011-2013

Pesquisador: RAQUEL RODRIGUES DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15952819.0.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.483.089

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 3.460.536, em 18 de Julho de 2019.

Projeto de pesquisa do curso de Doutorado do Programa de Pós- Graduação de Saúde Pública em Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. A pesquisadora RAQUEL RODRIGUES DOS SANTOS, tem como orientador o pesquisador Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos e coorientadoras as pesquisadoras Mariana de Andrea Vilas Boas Hacker e Jurema Corrêa da Mota. O título da pesquisa é "Estudo sobre condições de moradia e mobilidade de usuários de crack no Nordeste no período 2011-2013", e que terão como produtos dois artigos sendo:

"O primeiro artigo será um estudo seccional analítico visando comparar os grupos de usuários de crack em situação de rua com aqueles que contavam com algum tipo de moradia (própria ou de terceiros). As informações a serem analisadas serão: dados sociodemográficos, uso de drogas, risco de aquisição de infecções/doenças infecciosas, comportamento sexual, estado de saúde, acesso e utilização de serviços sociais e de tratamento e envolvimento com o sistema da justiça criminal.

O segundo artigo compreende uma análise exploratória por meio de métodos e ferramentas de geoprocessamento, visando descrever os fluxos intra e inter-urbanos dos usuários de crack na

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo	
Bairro: Manguinhos	CEP: 21.041-210
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863	Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br