

PESQUISA NACIONAL SOBRE O USO DE CRACK



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

PESQUISA NACIONAL SOBRE O USO DE CRACK

**Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?
Quantos são nas capitais brasileiras?**

Organizadores
Francisco Inácio Bastos
Neilane Bertoni

ICICT/FIOCRUZ
2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca de Ciências Biomédicas/ ICICT / FIOCRUZ - RJ

P474 Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? / organizadores: Francisco Inácio Bastos, Neilane Bertoni. – Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014

224p. : il. ; 30 cm.

ISBN: 978-85-62454-05-9

1. Inquéritos em saúde. 2. Métodos epidemiológicos. 3. Crack. 4. Abuso de drogas. 5. Brasil. I. Bastos, Francisco Inácio. II. Bertoni, Neilane III. Título.

CDD 362.298

Projeto gráfico, produção gráfica, impressão e acabamento:

Gráfica e Editora Carioca Ltda
Rua Gotemburgo, 64 - São Cristóvão
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20941-080
Tel.: (21) 2585-3889
www.editoracarioca.com.br

Capa:
Janey Silva

Copyright © 2014 by Fundação Oswaldo Cruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT).

É vedada a reprodução total ou parcial do conteúdo desta publicação sem o conhecimento e a anuência dos autores.

Agradecimentos

A equipe de pesquisa da FIOCRUZ deixa aqui registrado seu agradecimento a diversas pessoas e entidades que estimularam a realização desse estudo e tornaram a presente pesquisa realidade.

Inicialmente, gostaríamos de agradecer à Dra. Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, titular da SENAD, ao final do segundo mandato do então presidente Luiz Inácio Lula da Silva, ocasião em que a proposta inicial da presente pesquisa foi formulada, assim como a equipe da SENAD à época, na pessoa do então diretor de Projetos Estratégicos e Assuntos Internacionais, Vladimir de Andrade Stempliuk, assim como Cejana Brasil Cirilo Passos, que acompanhou a pesquisa desde a sua concepção inicial, até a finalização da presente publicação.

A equipe agradece também a Monica Malta, coordenadora adjunta do projeto nos seus momentos iniciais, que dele teve de se afastar por razões alheias à sua vontade.

Agradecemos igualmente a dezenas de organizações não governamentais, centenas de lideranças comunitárias em cada um dos locais de realização da pesquisa, assim como a diversos profissionais de saúde que se dispuseram a prestar assistência a membros de uma população sabidamente vulnerável aos mais diversos agravos de saúde e profundamente marginalizada. Tais colegas e instituições demonstraram que, para além do preconceito e da inércia, é possível e absolutamente factível e pragmático, além de eticamente indispensável, ajudar os nossos semelhantes, mesmo nos momentos de mais profundo desespero e mais grave adoecimento.

Finalmente, não seria possível realizar esse trabalho caso milhares de pessoas, seja nas cenas de uso, seja na intimidade dos seus lares não se dispusessem a nos receber e responder aos nossos inúmeros questionamentos e dúvidas. Vencida a natural desconfiança da interação entre indivíduos, famílias e comunidades com pesquisadores que, o mais das vezes, jamais haviam visto antes, fomos recebidos de forma digna e muitas vezes calorosa, mostrando que a boa-vontade e a confiança podem ser solidificadas mesmo nos contextos mais adversos, em que tudo conspira para fomentar o medo, quando não a discriminação e o preconceito. Estes são frequentemente mútuos – dos profissionais de pesquisa com relação aos sujeitos de pesquisa, assim como destes em relação aos nossos propósitos, métodos, procedimentos e atitudes.

Seria ingênuo e falso descrever um caminho de facilidades, mas é útil e honesto evidenciar que é possível unir engenho e arte, além de compaixão e solidariedade, na realização de uma pesquisa tão complexa e desafiadora como esta que está sintetizada na presente publicação.

Francisco Inácio Bastos, em nome da equipe FIOCRUZ

Presidente da República

Dilma Rousseff

Vice-Presidente da República

Michel Temer

Ministro da Justiça

José Eduardo Cardozo

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas

Vitore André Zílio Maximiano

Ministro da Saúde

Alexandre Padilha

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ)

Presidente

Paulo Ernani Gadelha Vieira

Vice-Presidentes

Valcler Rangel Fernandes (VPAAPS)

Pedro Ribeiro Barbosa (VPDIGT)

Nísia Trindade Lima (VPEIC)

Jorge Bermudez (VPPIS)

Rodrigo Stabeli (VPPLR)

Assessoria da Presidência

Deolinda Gouvêa dos Santos

**Diretor do Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/FIOCRUZ)**

Umberto Trigueiros Lima

Gestão Administrativa

Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC)

Organizadores (ICICT/FIOCRUZ)

Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos

Neilane Bertoni dos Reis

Equipe de Editoração (ICICT/FIOCRUZ)

Carolina Fausto de Souza Coutinho

Emília Moreira Jalil

Revisão Técnica:

Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas

Vitore André Zílio Maximiano

Observatório Nacional de Políticas sobre Drogas

Cejana Brasil Cirilo Passos

Eliana Hoch Berger

Josimar Antônio de Alcântara Mendes

Naiá Shurmann Brillinger

Silvana Rodrigues Nascimento Queiroz

COORDENAÇÃO GERAL

Francisco Inácio Bastos

Neilane Bertoni dos Reis

GRUPO DE PESQUISA

“INQUÉRITO EPIDEMIOLÓGICO”

Amostristas

Pedro do Nascimento Silva (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística)

Maurício de Vasconcellos

SUPERVISÃO NACIONAL

Carolina Fausto de Souza Coutinho (a partir de janeiro de 2012)

Carlos Linhares Veloso Filho (até setembro de 2013)

Christiane Sampaio (até dezembro de 2011)

EQUIPE DE APOIO

Carolina da Silva Carvalho (de março a setembro de 2013)

Renata Macedo Pereira (até março de 2013)

SUPERVISÃO LOCAL

Acre

Álvaro Augusto de Andrade Mendes

Alagoas

Jorgina Sales Jorge

Fábio Lins Barbosa da Mota

Adriano Antônio da Silva Pedrosa

Amazonas

Jesem Douglas Yamall Orellana

Amapá

Zulima de Nazaré Machado de Souza

Michele Maleamá Sfair

Bahia

Inês Dourado

Tarcísio Andrade

Lucilia Souza do Nascimento

Adriana Prates Sacramento

Sandra Brignol

Ceará

Ligia Kerr

Regina Claudia Barroso Cavalcante

Carla Patrícia Queiroz Morais

Distrito Federal

Vicença Paula Soares Querrer

Marcelo de Faria Franco Negrão

Aline de Melo Soares

Espírito Santo

Nádia Carpanedo

Nísia Arruda de Abreu

Goiás

Sheila Araújo Teles

Maranhão

Elba Gomide Mochel

Elen Patrícia Licar Da Silva

Mato Grosso

Edna Flores de Araújo

Claudia Braga

Claudia Cristina Ferreira Carvalho

Mato Grosso do Sul

Paulo Cesar Duarte Paes

Emanuelle Rossini

Minas Gerais

Waleska Teixeira Caiaffa

Michelle Ralil

Maria Angélica Dias

Pará

Elisena Uchoa

Ivan Carlotino Alves Junior

Artur Nascimento Barbedo Couto

Ângela Maria Pereira Assunção

Luciana Alleluia Higino

Simone Silva Salame

Paraíba

Ricardo Lucena

Marileide Pereira

Paraná

Maria Lucia Tozetto Vettorazzi

Elaine Soares da Silva

Fernanda Nerissa Hack Costa

Pernambuco

Ana Brito

Naíde Teodósio

Piauí

George Henrique Cavalcante

Isabel de Castro

Rio de Janeiro

Lidiane Toledo
Adriana Pinho
Claudio Gruber Mann
Claudia Ribeiro
Cléo Moraes
Késia Regina Warchavsky

Rio Grande do Norte

Carlos Guilherme Octaviano do Valle
Solange Setta Machado
Marcelo Kimati Dias
Andressa Moraes Lima
Tatiane Barros

Rio Grande do Sul

Rafael Gil Medeiros
Claudia Szobot
Carolina Zaffari

Rondônia

Lídia Barbosa Da Silva
Elnir Costa

Roraima

Kátia Fidência Souza da Rocha

Santa Catarina

Maria Terezinha Zeferino

São Paulo

Maria Amélia Veras
Neide Gravato
Regina Lacerda
Denise Perroud
Luzia Dantas

Sergipe

José Augusto de Oliveira

Tocantins

Max Alberto Sousa

GRUPO DE PESQUISA "SCALE-UP"**Colaboradores**

Dennis Feehan (Princeton University)
Matthew Salganik (Princeton University)
Alexandre Hannund Abdo (Universidade de São Paulo)

Sumário

Apresentação do livro – SENAD	09
Capítulo 1. O cenário do consumo de crack e o inquérito nacional sobre crack, 2012	11
1.. Contextualizando a questão do crack no brasil – breve histórico	13
2. A nova cena de drogas.....	15
2.1 O predomínio mundial das substâncias estimulantes	16
3. A demanda por um inquérito nacional.....	17
4. Objetivos e etapas da pesquisa nacional sobre crack.....	18
5. Aspectos éticos.....	19
Capítulo 2. Uso do método <i>Time Location Sampling</i> (TLS) para acessar os usuários de crack e/ou similares no Brasil – desenvolvimento do inquérito epidemiológico. Aspectos conceituais e metodológicos básicos	23
Capítulo 3 - Desenho da amostra do inquérito epidemiológico realizado nas cenas de uso de crack e/ou similares do Brasil	31
1. Introdução	33
2. População de pesquisa e estratificação geográfica	33
3. Tamanho da amostra e alocação entre os estratos	33
4. Desenho da amostra.....	35
4.1. Municípios e grupos de municípios amostrados.....	35
4.2. Combinações de cena e turno	38
4.3. Recrutamento de usuários.....	39
4.4 Subamostra de recrutados que foram entrevistados.....	39
5. Cálculo dos pesos amostrais e sua padronização.....	40
6. Resultados do cadastro e da amostra efetiva	41
Capítulo 4. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional	45
1. Introdução	47
2. Resultados	47
2.1. Faixa etária.....	48
2.2. Sexo	48
2.3. Raça/cor (autodeclarada).....	50
2.4. Situação conjugal	51
2.5. Escolaridade	52
2.6. Moradia	52
2.7. Formas de obtenção de dinheiro	54
2.8. Consumo de crack e/ou similares associado a outras drogas	56
2.9. Motivação subjacente ao consumo.....	58
2.10. Tempo médio de uso de crack e/ou similares.....	59
2.11. Padrões de uso de crack e/ou similares.....	60
2.12. Intoxicação aguda - <i>overdose</i>	65
2.13. Aspectos jurídico-criminais.....	65
3. Considerações finais.....	66

Capítulo 5. Comportamentos de risco e prevalências para a infecção pelo HIV (vírus da AIDS), vírus da hepatite C e tuberculose na população usuária de crack e/ou similares no Brasil: achados do inquérito nacional de crack.....	69
1. Introdução	71
2. Realização de testes para HIV, HCV e tuberculose.....	72
3. Comportamentos de risco na população do estudo.....	73
4. Prevalência da infecção pelo HIV	77
5. Prevalência da infecção pelo HCV.....	78
6. Prevalência da tuberculose	79
7. Considerações finais.....	81
Capítulo 6. Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional	85
1. Introdução	87
2. Características sociodemográficas	88
3. Uso de crack e/ou similares e outras drogas	92
4. História reprodutiva	93
5. Comportamento sexual	95
6. Prevalência da infecção por HIV e HCV.....	96
7. Autopercepção em saúde e acesso a serviços.....	97
8. Considerações finais.....	99
Capítulo 7. Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional	101
1. Introdução	103
2. Acesso a serviços	104
3. Comportamento sexual	109
4. Aspectos de saúde auto-referida.....	112
5. Considerações finais.....	115
Capítulo 8. Uso da metodologia <i>Network Scale-up Method</i> (NSUM) para estimar o número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do Brasil – implementação e logística do inquérito domiciliar	117
1. Introdução	119
2. Observações finais.....	127
Capítulo 9. Quantos usuários de crack e/ou similares há nas capitais brasileiras? Resultados da pesquisa nacional sobre crack, 2012	131
1. Introdução	133
2. Resultados	133
3. Considerações finais.....	144
Capítulo 10. Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas	147
1. Os perfis dos abusadores de crack.....	149
2. A vulnerabilidade dos usuários de crack e a necessidade de políticas sociais integradas.....	150
3. Articulação das políticas e programas de cuidados e tratamento.....	151
4. Uma experiência de integração de políticas sociais para usuários de drogas: Estratégias de Produção de Contratualidade no programa “De Braços Abertos”, da cidade de São Paulo	153
5. Considerações Finais.....	154
Anexos	157

Apresentação

O fenômeno do uso do crack no Brasil trouxe desafios ao poder público e aos dispositivos voltados para a questão das drogas, especialmente aos serviços de saúde, segurança pública e assistência social. Nesse cenário, como parte de uma estratégia nacional, foi implementado pelo Governo Federal o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, por meio do Decreto nº. 7.179 de 20 de maio de 2010, alterado pelo decreto 7.637 de 08 de dezembro de 2011, que instituiu o Programa Crack, é possível vencer, apoiado em três eixos estruturantes de cuidado, autoridade e prevenção.

A Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça (MJ), instância responsável por coordenar a implementação da Política Nacional sobre Drogas (PNAD), tem atuado de forma a garantir e ampliar a disponibilidade de informações científicas atualizadas sobre o tema.

O conhecimento disponível acerca dos padrões, práticas e comportamentos tradicionalmente associados ao consumo das demais drogas demonstrou-se insuficiente para o trato das peculiaridades observadas na população usuária de cocaína fumada – o crack.

Cientes dessa situação, a SENAD e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) idealizaram essa ampla investigação, composta por exploração etnográfica das cenas de uso e inquérito epidemiológico, de abrangência nacional, com o propósito de delinear o perfil dos usuários de crack. Ademais, a metodologia de pesquisa empregada possibilitou, ainda, estimar a proporção e a distribuição geográfica dessa população nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal.

Os dados que se apresentam foram o resultado de um estudo corajoso que, isento de afirmações largamente veiculadas, se investiu de alto rigor e inovação científicos e buscou acessar a informação de maneira apropriada, aliando métodos de verificação direta e indireta para conhecer em profundidade e descrever as características dessa população de usuários de crack.

Diante das evidências aqui apresentadas, se almeja o incremento das políticas públicas sobre drogas, com enfoque direcionado às demandas específicas para a questão emergente do crack, especialmente por serviços de cuidado e saúde, convergindo e integrando esforços intersetoriais do Governo, em suas três esferas federativas e da sociedade em uma perspectiva de responsabilidade compartilhada.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD

Capítulo 1

O cenário do consumo de crack e o Inquérito Nacional sobre Crack, 2012

Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni

1. Contextualizando a Questão do Crack no Brasil – breve histórico

O crack é um derivado da pasta base da coca, estabilizada com a adição de uma substância alcalina (base) como, por exemplo, o bicarbonato de sódio, e é primariamente consumido como uma pedra fumada. O crack foi inicialmente identificado nas ruas dos Estados Unidos na década de 1980, com forte concentração em comunidades em situação de vulnerabilidade social, habitualmente vivendo nas regiões centrais (empobrecidas, com o deslocamento da classe média para os bairros mais afastados e subúrbios), de cidades das costas Leste e Oeste, como Baltimore, Maryland, MD e Los Angeles, CA (Smart, 1991). Neste período inicial, as cenas (locais de maior concentração) de tráfico e consumo se sobrepunham de forma marcante com minorias étnicas e linguísticas, afetando de forma desproporcional as comunidades negra e hispânica.

“Cena” é um conceito sócio-antropológico referente a um espaço de congregação e interação social, presente na literatura em ciências sociais de inspiração tanto anglo-germânica¹ como francesa.

A pesquisa de cenas sociais diversas vem nortear estudos etnográficos urbanos desde a década de 1920, na interface com o conceito (hoje bastante menos utilizado) de subcultura. O conceito de subcultura responderia a um determinado grupo social que partilha valores e atitudes, o que inclui, por vezes, usos particulares (gírias, sintaxe simplificada/alterada) da linguagem da sociedade onde o grupo/cena está inserido, além de regras de vestir e se comportar, e “códigos de conduta e valoração” relativamente específicos.

Na etnografia e sociologia contemporâneas, o conceito de subcultura perdeu, em boa medida, sua capacidade explicativa em função de contextos urbanos cada vez mais complexos, dinâmicos e interconectados, que uma categoria conceitual relativamente estática e fechada não consegue descrever e analisar de forma adequada. Já a dimensão de contexto delimitável no espaço, materializado nas diferentes “cenas” (fala-se, por exemplo, em cena *gay*, cena *rave* etc.), permanece como um elemento central dos estudos sobre as cidades contemporâneas, as culturas e os movimentos sociais urbanos.

Não há registros precisos acerca de quando o crack passa a circular no Brasil, ou seja, quando passa a haver oferta do produto nos pontos de venda, e demanda por parte dos consumidores com relação a essa nova apresentação da cocaína. Os primeiros artigos sobre o consumo do crack no Brasil, publicados em 1996, foram referentes a usuários da cidade de São Paulo (Nappo et al., 1996) e relatam que a droga estaria disponível em São Paulo já a partir de 1991.

Em artigo publicado na década de 1990, Dunn e colaboradores (Dunn et al., 1996) descrevem que, entre os 245 pacientes usuários de cocaína atendidos em duas clínicas para dependentes químicos na cidade de São Paulo (Programa de Orientação e Administração de Dependentes, PROAD, e Unidade de Dependência de Drogas, UDED), vinculadas à Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), entre 1990 e 1993, as modalidades e vias de consumo da cocaína vinham experimentando alterações relevantes. Entre os usuários de cocaína atendidos nessas clínicas, em 1990, 17% consumiam-na sob a modalidade fumada (crack), mas já em 1993 esta proporção era de 64% (Dunn et al., 1996). Isto levou os autores a formular a hipótese de que o crack estaria em circulação, em São Paulo, antes de 1990. Resultados similares foram apresentados em estudo posterior do mesmo grupo, em artigo publicado em 1997 (Ferri et al., 1997), que documenta ainda a redução do consumo de cocaína injetável no contexto das referidas clínicas, com um consumo estável de cocaína inalada e um aumento pronunciado do consumo da cocaína fumada (crack), ao longo do período 1990-1993.

Nappo e colaboradores (Nappo et al., 1996), em estudo etnográfico com 25 usuários de crack de São Paulo, ressaltaram ser o crack uma droga especialmente associada a danos para os seus usuários, aí incluído o quadro de dependência, que poderia se instalar em um curto período de tempo. Os autores documentaram a inserção dos usuários de crack em contextos e situações de “marginalidade” devido ao isolamento social, negligência quanto aos cuidados corporais e rompimento de vínculos familiares e afetivos.

¹ Em relação à socioantropologia germânica, cabe referir aqui a revisão de M. Pfadenhauer, disponível em: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/23/49>.

Resultados semelhantes foram descritos por Ferri & Gossop, em artigo publicado em 1999, resumindo achados de um estudo seccional, realizado entre os anos de 1996 e 1997. Esse estudo também foi realizado em São Paulo, com 322 usuários de cocaína, recrutados em serviços de tratamento para o uso da droga e nas cenas de uso. Os autores observaram que os usuários de crack apresentavam problemas sociais e de saúde mais relevantes e um maior envolvimento em crimes do que usuários de cocaína inalada.

Em um estudo etnográfico com 45 usuários de crack, Oliveira & Nappo (2008) documentaram atividades ilegais frequentemente praticadas pelos usuários, como roubos e furtos, de modo a financiar o seu hábito e obter a droga.

Estudos realizados em momento posterior (final de década de 90 e início dos anos 2000) passaram a documentar o consumo de crack fora de São Paulo. A título de exemplo, é possível citar aqui estudo realizado em Salvador, Bahia, referente às características sociodemográficas, comportamentos sexuais e prevalência de infecções de transmissão sexual e/ou sanguínea de 125 mulheres usuárias de crack, de uma amostra de conveniência, recrutada entre 2001 e 2002. Este estudo, realizado em um período em que o consumo de crack em Salvador se evidenciava aos olhos da sociedade e meios de comunicação, documentou uma prevalência da infecção pelo HIV de 1,6%, e de 2,4% para o HCV (vírus da hepatite C) (Nunes et al., 2007).

Tais achados iniciais, invariavelmente referentes a pequenas amostras de conveniência, em sua maioria oriundas de clínicas de tratamento, devem ser vistos com cautela, em função da impossibilidade de generalizar seus achados para usuários não engajados em tratamento. Outro cuidado refere-se às questões pertinentes às especificidades de cada contexto, seja em relação à emergência do crack em si, seja da sua complexa inter-relação com as taxas de infecção por diferentes patógenos de transmissão sexual e sanguínea em outros grupos populacionais vulneráveis, assim como na população geral.

Pesquisa recente realizada em usuários recrutados nas cenas de crack de duas cidades brasileiras (Rio de Janeiro e Salvador), com idades de 18 a 24 anos (Santos Cruz et al., 2013) evidenciou diferenças de perfis

e comportamentos dos usuários dessas duas cidades, incluindo diferenciais referentes às taxas de infecção pelo HIV e HCV, com taxas mais elevadas em Salvador do que no Rio de Janeiro. Também aqui cabe ressaltar a impossibilidade de generalizar tais achados, por se tratar de pequenas amostras de conveniência.

Outro estudo realizado em São Paulo, com 55 indivíduos, incluindo ex-usuários e usuários de crack, evidenciou a ocorrência de problemas psicológicos e neurológicos graves, como déficit cognitivo e de memória (de Oliveira et al., 2009). Esses problemas seriam, a princípio, reversíveis, caso os usuários conseguissem se manter abstinentes. Contudo, o estudo não indica a duração do período de abstinência antes da possível reversão dos sintomas e até que ponto estes problemas seriam de fato reversíveis em um contexto de uso intenso e prolongado. Problemas psicológicos secundários, similares aos descritos pelo estudo supramencionado foram relatados por Cunha e colaboradores (Cunha et al., 2011), em estudo realizado entre 2001 e 2005, com 30 indivíduos, 15 deles usuários de crack e 15 não usuários (grupo controle), também na cidade de São Paulo.

Os usuários de crack – apesar desta droga ser um derivado da pasta base e ter propriedades químicas em comum com outras apresentações da cocaína – constituem um grupo distinguível e delimitável dos demais usuários dessa substância, como verificado em estudo realizado com 699 usuários de cocaína atendidos em sete serviços de saúde na cidade de São Paulo, publicado em 2006 (Guindalini et al., 2006). Estas particularidades e os danos ampliados associados a esta modalidade de consumo, frente a consumidores de outras drogas, fazem com que esta população deva ser objeto de estudos específicos, analisados com o necessário detalhe quanto a seus comportamentos, e aos danos e riscos associados ao uso, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que fazem uso abusivo/dependente do crack e estabelecer vínculos dessa população com os serviços de saúde e assistência social.

A formulação de políticas públicas referentes a estas e outras populações, deve ter por base evidências empíricas consistentes, conforme descrito em modelos de tomada de decisão (Dobrow et al., 2004), na interface entre a epidemiologia e a análise de políticas públicas (*policy analysis*).

Estudos brasileiros recentes documentam a crescente capacidade de instituições e grupos de gestão e pesquisa em formular, monitorar e avaliar políticas públicas, como registrado em livro exclusivamente dedicado à *policy analysis* no Brasil (Vaitsman et al., 2013).

Além do crack, outras drogas psicoativas, derivadas da pasta da cocaína vêm sendo utilizadas em nosso país, a saber: pasta base, merla e “oxi” – ainda que até o momento não se tenha uma definição clara sobre a existência ou não do “oxi” enquanto produto

específico (Bastos et al., 2011; Silva Junior et al., 2012). Estas diferentes drogas, apesar de terem a mesma composição básica, variam com relação aos diversos produtos químicos utilizados na sua preparação, conservando, porém, um aspecto físico similar – sendo todas elas habitualmente conhecidas como “pedras”. A forma do consumo destas drogas também é semelhante, podendo ser fumadas em cachimbos, latas, copos ou outros apetrechos, ou, ainda, serem misturadas a outras drogas, e fumadas em cigarros de tabaco ou maconha.

2. A Nova Cena de Drogas

Duas das mudanças mais relevantes na cena de drogas contemporânea se referem ao declínio bastante pronunciado do uso de drogas por via injetável em diferentes contextos – inclusive no Brasil (ver Bastos, 2012). Exceção feita a alguns “bolsões” com elevada concentração de usuários de drogas injetáveis, como em localidades do Sudeste da Ásia e Leste da Europa, o consumo de drogas injetáveis está em declínio acelerado em diferentes regiões do mundo, como a Europa Ocidental e a América do Norte (com algumas exceções, como Vancouver, Canadá).

Mas mesmo nos locais onde, tradicionalmente, as estimativas de usuários de drogas injetáveis (UDI) apontavam para números expressivos destes usuários, tem-se observado um declínio pronunciado e a substituição do hábito de injetar pela autoadministração de drogas por outras vias, como no caso da Estônia, até recentemente um dos epicentros do uso injetável de drogas no Leste Europeu (Uusküla et al., 2013).

A rápida mudança em curso, entretanto, não diz respeito exclusivamente às vias preferenciais de administração das drogas, mas também, e principalmente, às próprias substâncias. Tais mudanças se devem não apenas à dinâmica do mercado, como, por exemplo, na substituição de cocaína em pó por crack, como vem ocorrendo no Brasil, mas também enquanto estratégia deliberada de “despistamento” das instâncias de controle.

Enquanto, no primeiro caso, a questão é de ordem local, por vezes, nacional, como no caso do crack no Brasil, em se tratando de drogas novas, produzidas a partir de novas vias de síntese e mesmo novos precursores, a tendência é basicamente global, ainda que possa emergir de forma diferenciada em mercados específicos, ao longo do tempo e de cada contexto.

Cabe observar que no contexto de um mercado que não está submetido a qualquer regulação intrínseca, que não o *modus operandi* do crime organizado, e cujo funcionamento está ancorado em redes transnacionais de tráfico, as novas drogas tendem a chegar ao Brasil, mais cedo ou mais tarde. Um exemplo claro dessa tendência à globalização dos mercados é a disseminação do ecstasy no Brasil. Ainda que com defasagem de uma década, a droga está hoje bastante presente na cena *rave* nas maiores cidades brasileiras.

Existe todo um conjunto de novas substâncias em relação às quais pouco se sabe por ora, em virtude de escaparem aos métodos tradicionais de detecção. O estudo destas novas substâncias tem sido realizado a partir de uma combinação de etnografia, análise de dados das emergências médicas e o desenvolvimento e utilização de novos métodos em toxicologia. O consumo destas substâncias habitualmente enfeixadas sob a denominação informal em inglês “legal highs” não será tematizado pelo presente texto. O leitor interessado poderá consultar documentos disponíveis na internet, em língua inglesa²

² <http://www.unodc.org/unodc/en/speeches/op-ednewpsychoactivesubstances220213.html>

2.1 O predomínio mundial das substâncias estimulantes

De forma mais abrangente, vem sendo observado em todo mundo um incremento progressivo do consumo de substâncias estimulantes, associado a riscos e danos diversos. Em cada contexto nacional, regional ou local existiria como que uma espécie de “portfólio” de substâncias estimulantes, com importantes variações em função da geografia, e de aspectos sociais e culturais específicos.

Aparentemente, o consumo de substâncias estimulantes se torna cada vez mais prevalente de forma agregada (ou seja, considerando suas diferentes formulações, apresentações e vias de consumo), em todo o mundo, embora um estimulante específico possa ser relevante em um dado contexto, mas não em outro. Este é o caso do hidrocloreto de metanfetamina (*Crystal meth*) nos Estados Unidos da América (EUA), em oposição ao Brasil, onde todos os inquéritos de base populacional desenvolvidos até o momento não documentam sua disponibilidade como “droga de rua”, ainda que outros anfetamínicos sejam utilizados por populações específicas, como os caminhoneiros de rotas longas (de Oliveira et al., 2013).

Em compensação, a abrangência das cenas abertas de crack no Brasil parece não ter paralelo com os EUA ou quaisquer outros países no presente momento. Nos EUA, o tráfico e consumo dessa droga têm um claro recorte geográfico, étnico e mesmo linguístico (por exemplo, o consumo de crack não se mostra relevante na ampla maioria das comunidades de origem asiática; Chauhan et al., 2011).

Portanto, o incremento progressivo no uso de estimulantes em todo mundo, documentado pelas sucessivas edições do *World Drug Report*³, tem dimensões globais, enquanto aumento agregado de uma determinada classe de substâncias, assim

como dimensões locais, enquanto presença mais relevante de um subgrupo de substâncias desse amplo conjunto.

Independentemente das propriedades específicas de cada substância, os estimulantes, assim como o álcool (que é, basicamente, um inibidor de diferentes circuitos cerebrais, que pode determinar, paradoxalmente – caso não se compreenda adequadamente a complexa inter-relação entre esses diferentes circuitos – desinibição comportamental), estão fortemente associados a comportamentos de risco de transmissão e aquisição do HIV por via sexual (Corsi & Booth, 2008; Van Tieu & Coblin, 2009; Rajansigham et al., 2012). Sob este aspecto, os estimulantes diferem de outras substâncias, com propriedades distintas e contextos diversos de consumo, como os opiáceos, os alucinógenos e os canábicos, cuja associação com a disseminação de agentes infecciosos é, basicamente, secundária ao uso compartilhado de algumas destas substâncias por via injetável.

Uma segunda dimensão importante das substâncias estimulantes é a natureza ainda experimental e parcial das alternativas medicamentosas. Diferentes medicamentos proporcionam melhora de diversos sintomas de quadros de abstinência e reduzem em parte a demanda premente por novas doses, a chamada “fissura”, mas nenhuma deles se mostra absolutamente efetivo em situações reais de uso. Além disso, nenhum desses medicamentos foi aprovado pelas agências reguladoras nacionais, como a Food and Drug Administration (FDA), nos EUA, ou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no Brasil, como medicamento de eleição no tratamento dessas condições.⁴

Por essas razões, o consumo de substâncias estimulantes tem sido objeto de publicações específicas por parte dos órgãos especializados e constitui uma preocupação crescente das autoridades de saúde em todo o mundo.⁵

³ Relatório mundial sobre drogas, publicado a cada ano pelo United Nations Office on Drug and Crime. Ver relatório atualizado em: <http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2013/June/world-drug-report-2013-to-be-launched-on-wednesday-26-june.html?ref=fs1> (lançamento em 26 de junho de 2013).

⁴ Ver revisão abrangente e atualizada em: http://www.bap.org.uk/pdfs/BAPaddictionEBG_2012.pdf

⁵ Ver, por exemplo: http://www.acha.org/Continuing_Education/docs/ACHA_Use_Misuse_of_Stimulants_Article2.pdf

3. A demanda por um inquérito nacional

No início de 2010, a Fundação Oswaldo Cruz recebeu da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) – então parte da estrutura organizacional do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (GSI/PR), atualmente pertencente à estrutura do Ministério da Justiça (MJ) – a encomenda de formular e coordenar um inquérito⁶ nacional sobre o consumo de crack. Tal demanda se deu em função da ampla mobilização da opinião pública, das instâncias políticas e dos meios de comunicação em torno das cenas abertas de crack, popularmente conhecidas como “cracolândias”, que passaram a ter destaque na agenda nacional.

A inegável relevância da questão da agenda pública contrastava (e, em boa medida, ainda contrasta) com a escassez de informações acerca do consumo do crack em contexto, ou seja, exatamente nas cenas abertas de consumo, repetidamente mencionadas pela opinião pública, meios de comunicação e instâncias políticas e gerenciais.

O Brasil dispõe hoje de séries históricas de pesquisas domiciliares, inquéritos com escolares e estudos realizados em contextos clínicos (clínicas especializadas, ambulatórios de psiquiatria e/ou dependência química e similares), mas carece de inquéritos abrangentes referentes às cenas de uso. Em relação a estas últimas, destacam-se estudos etnográficos e estudos com pequenas amostras de conveniência, invariavelmente realizados em determinadas localidades, como São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Salvador, já destacadas no início deste capítulo.

As políticas públicas, sejam aquelas enfeixadas, inicialmente, sob a denominação de Plano Nacional de Enfrentamento ao Crack, e, posteriormente, pelo Plano “Crack, é possível vencer”, na esfera federal, sejam as ações de âmbito estadual e municipal, foram propostas e implementadas em momento anterior à entrega dos resultados finais do inquérito descrito de forma sucinta na presente publicação, embora tenham sido concomitantes à coleta de dados em diferentes localidades abrangidas pelo in-

quérito. Cabe aqui ressaltar, portanto, que o desenho do estudo não está voltado para a avaliação das diferentes políticas públicas implementadas desde então, mas sim a uma descrição e análise do perfil dos usuários de crack e/ou similares nas cenas de uso, seguida de uma análise sobre onde estão localizadas essas cenas e quais são as suas características.

Obviamente, como em qualquer estudo observacional de campo, as cenas de uso tiveram suas características alteradas ao longo do tempo, em função de sua dinâmica interna, assim como em função das políticas públicas implementadas em paralelo (ainda que de forma independente) ao estudo. O inquérito é, portanto, uma fotografia de um processo em mudança acelerada, do qual é impossível prever os desdobramentos, seja em função de sua complexidade enquanto fenômeno social, seja da pouca clareza que temos hoje, em todo o mundo, acerca dos impactos das diferentes políticas públicas sobre o tráfico e o consumo de crack. Cabe considerar ainda como determinante dessa dinâmica o caráter ilícito do tráfico de drogas, o que faz com que em boa medida sua dinâmica interna seja desconhecida e/ou que as informações a ela relativas sejam protegidas por sigilo – privativas de serviços de inteligência e forças de segurança.

Embora a pesquisa epidemiológica não seja, como, aliás, nenhuma outra pesquisa de campo, infensa às ações implementadas em cada localidade, no caso da pesquisa aqui descrita (que não é uma pesquisa avaliativa), quaisquer ações desenvolvidas pelo governo federal ou outras instâncias públicas ou privadas são fatores a serem levados em conta na análise, mas não constituem o objeto do estudo em si.

A complexidade da pesquisa deriva, antes de tudo, da extensão territorial, e das profundas desigualdades sociais e regionais do Brasil. Como ocorre nos mais diferentes campos da saúde pública, o consumo do crack se reveste de características regionais e locais, em função dos contextos de uso e da população usuária.

⁶ Inquérito tem aqui o sentido epidemiológico de “survey” (sua designação original nos países de língua inglesa), e corresponde a um estudo epidemiológico de base populacional, grosseiramente similar ao que os institutos de pesquisa denominam “pesquisa de opinião”. A despeito da similaridade do termo em português, inquérito no sentido jurídico-policia seria antes correspondente a “investigação” (“inquest”, na língua inglesa).

Uma segunda dimensão que torna a pesquisa complexa deriva da novidade das cenas de crack, na medida em que constituem elas, em boa medida, cenas “abertas” de consumo de drogas, muitas vezes contíguas às localidades de residência ou trabalho da classe média (e não mais restritas às “bocas de fumo”, localizadas em comunidades empobrecidas). As cenas abertas de maior dimensão e maior concentração de usuários passaram a ser denominadas “cracolândias”, termo que se popularizou nos meios de comunicação e na linguagem cotidiana.

Como verificamos posteriormente, o conceito e formato “cracolândia” corresponde a uma vertente, minoritária, das cenas de uso de crack em todo o país, na maioria das vezes pequenas, extremamente dinâmicas, e não “ancoradas” numa dada localidade, como as “cracolândias” paulistanas e cariocas, ainda existentes quando do início da pesquisa.

As cenas de crack por nós mapeadas (ainda que não necessariamente visitadas), incluíram, além das “cracolândias”, cenas afastadas do espaço público e mesmo “fechadas” – no que se refere ao consumo individual ou em pequenos grupos em espaços como casas abandonadas.

Há uma limitação que precisa ser assinalada aqui: o inquérito por nós coordenado se refere ao consumo

de crack e/ou similares em espaços públicos, e não em domicílios privados, clínicas ou no sistema prisional. Sobre estes locais, não é possível realizar qualquer análise ou fazer qualquer inferência com base nos dados por nós coletados.

Cabe observar ainda que o consumo em locais privados e/ou instituições é habitualmente avaliado de forma retrospectiva, em que os potenciais usuários relatam seu uso anterior, e não, como é o caso do presente estudo, mediante observação direta das cenas de tráfico e consumo. As razões deste desenho, de natureza retrospectiva, se prendem a aspectos operacionais e éticos, uma vez que observar o desenrolar de um processo de consumo de drogas em espaços privados e instituições fechadas exige a autorização expressa dos seus proprietários e/ou das pessoas a cargo da administração dos estabelecimentos, como no caso das prisões.

Finalmente, cabe ressaltar que a marcada superposição entre violência e cenas abertas de tráfico e consumo de drogas impõe dificuldades relevantes à realização da pesquisa e obtenção das informações juntos aos consumidores. Embora a violência seja um fenômeno multidimensional e multicausal, que não pode e não deve ser reduzido a um fator único⁷, seja ele o tráfico de crack ou quaisquer outros fatores isolados, existe uma óbvia superposição entre tráfico de drogas e violência no Brasil, assim como nos demais países.

4. Objetivos e etapas da Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack

Objetivo geral: Descrever o perfil dos usuários de crack e/ou similares de uma amostra complexa referente a 26 capitais, Distrito Federal, 9 regiões metropolitanas definidas por lei federal e um estrato “Brasil” correspondente a municípios de médio e pequeno porte, além da zona rural e estimar o número de usuários de crack e/ou similares (e demais drogas) em 26 capitais e Distrito Federal, mediante utilização da metodologia *Network Scale-up* (NSUM).

Objetivos específicos:

1. Estimar o número de usuários de crack e/ou similares e outras drogas nas 26 capitais e DF, a partir de inquérito domiciliar utilizando a metodologia *Network Scale-up* (NSUM);

2. Descrever o perfil sociodemográfico de usuários de crack e/ou similares, integrantes de uma amostra representativa do Brasil;

3. Descrever os comportamentos de risco frente a diferentes afecções de natureza infecciosa de usuários de crack e/ou similares da amostra proposta.

4. Descrever os comportamentos sexuais e padrões de consumo de álcool e drogas ilícitas da amostra proposta.

5. Descrever a demanda por cuidados de saúde e o efetivo engajamento de usuários de crack em programas/unidades de tratamento para o abuso de drogas, problemas clínicos e de saúde mental entrevistados no âmbito de estudo compreendendo a amostra proposta.

⁷ Ver a respeito, a pertinente análise de JM Pinho de Mello, disponível em: <http://www.econ.puc-rio.br/biblioteca.php/trabalhos/show/650>

6. Mensurar a prevalência da infecção pelo HIV e pelo vírus da hepatites C entre usuários de crack e/ou similares da amostra proposta.

7. Explorar em detalhe práticas, atitudes e comportamentos de usuários de crack e/ou similares de uma subamostra, selecionados de forma não aleató-

ria da amostra de referência, por meio da utilização de métodos qualitativos.

Estes objetivos foram integralmente cumpridos e os achados referentes aos dados agregados, nacionais, sumarizados nos capítulos subsequentes desta publicação.

5. Aspectos éticos

Esta pesquisa, financiada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), foi coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), contando com parcerias com instituições públicas e organizações não governamentais visando à implementação das atividades locais. Todas as etapas desta pesqui-

sa foram aprovadas pelo Comitê de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ), sob o número CAAE 0073.0.031.000-11, além de ter sido aprovada também nos diversos Comitês de Éticas dos Municípios/Estados participantes, quando exigido.

Referências

- 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: 1191–1192.
- 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 and Misuse* 2012; 47(13-14):1603-10.
- Belton P, Sharngoe T, Maguire FM, Polhemus M. Cardiac Infection and Sepsis in 3 Intravenous Bath Salts Drug Users. *Clinical Infectious Diseases* 2013; 56(11):E102-4.
- Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Vigilancia em Saude. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2011. Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira - 2008, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Chauhan P, Cerdá M, Messner SF, Tracy M, Tardiff K, Galea S. Race/Ethnic-Specific Homicide Rates in New York City: Evaluating the Impact of Broken Windows Policing and Crack Cocaine Markets. *Homicide Studies* 2011; 15(3):268-290.
- Collins CL, Kerr T, Kuyper LM, Li K, Tyndall MW, Marsh DC, Montaner JS, Wood E Potential uptake and correlates of willingness to use a supervised smoking facility for noninjection illicit drug use. *Journal of Urban Health* 2005; 82(2):276-84.
- Corsi KF, Booth RE. HIV sex risk behaviors among heterosexual methamphetamine users: literature review from 2000 to present. *Current Drug Abuse Review* 2008; 1(3):292-6.
- Cunha PJ, Bechara A, de Andrade AG, Nicastrí S. Decision-making deficits linked to real-life social dysfunction in crack cocaine-dependent individuals. *Am J Addict* 2011; 20: 78–86.
- da Silva Junior RC, Gomes CS, Goulart Júnior SS, Almeida FV, Grobério TS, Braga JW, 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.
- De Oliveira LG, Barroso LP, Silveira CM, Sanchez ZVDM, De Carvalho Ponce J, Vaz LJ, Nappo SA. Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. *Subst Use Misuse* 2009; 44: 1941–1957.
- de Oliveira LG, Endo LG, Sinagawa DM, Yonamine M, Munoz DR, Leyton V. A continuidade do uso de anfetaminas por motoristas de caminhão no Estado de São Paulo, Brasil, a despeito da proibição de sua produção, prescrição e uso. *Cad Saude Publica* 2013; 29(9):1903-9.
- Dias AC, Araújo MR, Dunn J, Sesso RC, de Castro V, Laranjeira R. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *J Subst Abuse Treat* 2011; 41: 273–278.
- Dias AC, Araújo MR, Laranjeira R. Evolution of drug use in a cohort of treated crack cocaine users. *Rev Saude Publica* 2011; 45: 938–948.
- Dias AC, Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Laranjeira R. Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years. *Subst Abuse* 2008; 29: 71–79.
- Dobrow MJ, Goel V, Upshur REG. Evidence-based health policy: context and utilisation. *Soc Sci Med* 2004; 58: 207–217.
- Dunn J, Laranjeira RR, Da Silveira DX, Formigoni ML, Ferri CP. Crack cocaine: an increase in use among patients attending clinics in São Paulo: 1990-1993. *Subst Use Misuse* 1996; 31: 519–527.
- Dunn J, Laranjeira RR. Transitions in the route of cocaine administration--characteristics, direction and associated variables. *Addiction* 1999; 94: 813–824.
- Ferri CP, Laranjeira RR, da Silveira DA, Dunn J, Formigoni ML. Increase in the search for treatment by crack users in 2 outpatient clinics at the city of Sao Paulo from 1990 to 1993. *Rev Assoc Med Bras* 1997; 43: 25–28.

- Ferri CP, Gossop M. Route of cocaine administration: patterns of use and problems among a Brazilian sample. *Addict Behav* 1999; 24: 815–821.
- Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *Cochrane Database Systematic Reviews* 2011; (12):CD003410.
- Genberg BL, Gange SJ, Go VF, Celentano DD, Kirk GD, Mehta SH. Trajectories of injection drug use over 20 years (1988-2008) in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2011; 173: 829–836.
- Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: do they represent a different group? *BMC Public Health* 2006; 6: 10.
- Halkitis PN, Mukherjee PP, Palamar JJ. Longitudinal modeling of methamphetamine use and sexual risk behaviors in gay and bisexual men. *AIDS and Behavior* 2009; 13(4):783-91.
- Ivsins A, Roth E, Nakamura N, Krajden M, Fischer B. Uptake, benefits of and barriers to safer crack use kit (SCUK) distribution programmes in Victoria, Canada - a qualitative exploration. *Inter J of Drug Policy* 2011; 22(4):292-300.
- Johnson LA, Johnson RL, Portier RB. Current “Legal Highs”. *Journal of Emergency Medicine* 2013; 44(6):1108-15.
- Kampman KM, Dackis C, Pettinati HM, Lynch KG, Sparkman T, O’Brien CP. A double-blind, placebo-controlled pilot trial of acamprosate for the treatment of cocaine dependence. *Addictive Behaviors* 2011; 36(3):217-21.
- Laranjeira R, Rassi R, Dunn J, Fernandes M, Mitsuhiro S. Crack cocaine--a two-year follow-up of treated patients. *J Addict Dis* 2001; 20: 43–48.
- MacArthur GJ, Minozzi S, Martin N, Vickerman P, Deren S, Bruneau J, Degenhardt L, Hickman M. Opiate substitution treatment and HIV transmission in people who inject drugs: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 2012; 345:e5945.
- Malta M, Magnanini MMF, Mello MB, Pascom ARP, Linhares Y, Bastos FI. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2010; 10: 317.
- Mariani JJ, Levin FR. Psychostimulant treatment of cocaine dependence. *Psychiatric Clinics of North America* 2012; 35(2):425-39.
- McKeganey N. Harm reduction at the crossroads and the rediscovery of drug user abstinence. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 2012; 19(4): 276-283.
- Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse* 1996; 31: 565–579.
- Narvaez JCM, Magalhães PVS, Trindade EK, Vieira DC, Kauer-Sant’anna M, Gama CS, von Diemen L, Kapczinski NS, Kapczinski F. Childhood trauma, impulsivity, and executive functioning in crack cocaine users. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 238–244.
- Nuijten M, Blanken P, van den Brink W, Hendriks V. Cocaine Addiction Treatments to improve Control and reduce Harm (CATCH): new pharmacological treatment options for crack-cocaine dependence in the Netherlands. *BMC Psychiatry* 2011; 11:135.
- Oliveira LG de, Nappo AS. Characterization of the crack cocaine culture in the city of São Paulo: a controlled pattern of use. *Rev Saude Publica* 2008; 42: 664–671.
- Rajasingham R, Mimiaga MJ, White JM, Pinkston MM, Baden RP, Mitty JA. A systematic review of behavioral and treatment outcome studies among HIV-infected men who have sex with men who abuse crystal methamphetamine. *AIDS Patient Care STDS* 2012; 26(1):36-52.
- Reid MJ, Derry L, Thomas KV. Analysis of new classes of recreational drugs in sewage: Synthetic cannabinoids and amphetamine-like substances. *Drug Testing Analysis* 2014; 6(1/2):72-79.

- Ribeiro M, Dunn J, Laranjeira R, Sesso R. High mortality among young crack cocaine users in Brazil: a 5-year follow-up study. *Addiction* 2004; 99: 1133–1135.
- Ribeiro M, Dunn J, Sesso R, Lima MS, Laranjeira R. Crack cocaine: a five-year follow-up study of treated patients. *Eur Addict Res* 2007; 13: 11–19.
- Ribeiro LA, Sanchez ZM, Nappo SA. Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. *BMC Public Health* 2010; 10: 671.
- Santos Cruz M, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Villar LM, Tiesmaki M, Fischer B. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *Int J Drug Policy* 2013; 24: 432-438.
- Smart RG. Crack cocaine use: a review of prevalence and adverse effects. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1991; 17: 13–26.
- Vaitsman J, Lobato L, Ribeiro JM (Editores). *Policy Analysis in Brazil*. Bristol: Policy Press - International Library of Policy Analysis, 2013.
- Van Tieu H, Koblin BA. HIV, alcohol, and noninjection drug use. *Current Opinion in HIV AIDS* 2009; 4(4):314-8.
- Uusküla A, Rajaleid K, Talu A, Abel-Ollo K, Des Jarlais DC. A decline in the prevalence of injecting drug users in Estonia, 2005-2009. *International Journal of Drug Policy* 2013; 24(4):312-318.
- Young SD, Shoptaw S. Stimulant Use Among African American and Latino MSM Social Networking Users. *Journal of Addictive Disorders* 2013; 32(1):39-45

Capítulo 2

**Uso do método
Time Location Sampling (TLS)
para acessar os usuários de
crack e/ou similares
no Brasil – desenvolvimento do
Inquérito Epidemiológico.
Aspectos conceituais
e metodológicos básicos**

Neilane Bertoni, Mauricio de Vasconcellos e Francisco Inácio Bastos

Os usuários de drogas constituem uma população dita de difícil acesso e/ou “oculta” (*hidden population*), uma vez que não é uma população enumerável, isto é, uma vez que não existe (e/ou não é possível obter/confeccionar) um cadastro de usuários de drogas onde se poderia proceder a uma contagem exaustiva destes indivíduos num determinado local. O que é possível obter com relação a estas populações é a estimativa da sua magnitude por métodos indiretos.

Diante da inexistência desses cadastros, os métodos clássicos de amostragem probabilística não podem ser empregados, pois, em teoria, para a seleção de uma amostra que seja probabilística todos os membros/elementos desta população devem ter probabilidade conhecida e não nula de serem selecionados para compor a amostra. Então, se não sabemos quantos usuários de drogas existem, não temos como calcular esta probabilidade, nem assegurar que todos poderiam ser selecionados para a amostra.

Alguns métodos têm sido desenvolvidos e utilizados quando o interesse é conhecer melhor características e comportamentos de populações de difícil acesso. Tais métodos de amostragem se aproximam (ou buscam se aproximar) da amostragem probabilística. Um destes métodos é o *Time-Location Sampling* (TLS), bastante similar ao *Venue-based sampling*.

Assim, com o objetivo de descrever o perfil dos usuários de crack e/ou similares (pasta base, merla e oxi) do Brasil, realizou-se um inquérito epidemiológico utilizando-se o método TLS, com algumas modificações em relação aos procedimentos empregados quanto à seleção de indivíduos no último estágio de seleção. Para que os resultados fossem representativos dos usuários de crack e/ou similares do Brasil, este inquérito foi realizado em 41 estratos geográficos assim constituídos: as 26 capitais de estado, o Distrito Federal, as nove Regiões Metropolitanas Federais (Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre) e o conjunto dos demais municípios do país, denominado aqui “Estrato do Resto do Brasil” (ERB).

Os municípios do ERB foram selecionados levando-se em consideração uma matriz de vizinhança de municípios e buscando agrupá-los de forma heterogênea quanto à taxa trienal de mortes por causas ex-

ternas, obtidas através do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS), para o período mais atual disponível (2007 a 2009), à época da seleção da amostra (ver capítulo 3).

Tal opção se deu pela supramencionada ausência de cadastros referentes ao consumo de drogas em si, e à bem documentada associação ecológica (Beato Filho et al., 2001) entre tráfico de drogas e violência no Brasil. A associação ao nível individual é complexa e bidirecional, e não pode ser avaliada com o necessário detalhe por estudos que se valem de cortes seccionais e pequenas amostras de conveniência, basicamente de natureza clínica.

O TLS pode ser definido como um método de amostragem por conglomerados físicos e temporais (Stueve et al., 2001), geralmente com dois ou três estágios de seleção.

No caso concreto do inquérito nacional referente ao consumo de crack e/ou similares, iniciou-se o estudo com a elaboração de um cadastro amostral (*sampling frame*) contendo as informações acerca das unidades de amostragem (cenas de uso de crack), obtidas através de um mapeamento, nos municípios amostrados, dos locais onde se concentravam os usuários de crack e/ou similares para o consumo da droga, habitualmente denominados na literatura antropológica e sociológica como “cenas” (neste caso específico, cenas de uso).

Inicialmente, para elaboração deste cadastro/mapeamento, em cada um dos municípios selecionados, procurou-se levantar informações junto a órgãos públicos (como Secretarias de Saúde e Assistência Social, Polícia, etc) e Organizações Não-Governamentais (ONGs) que trabalham com a temática das drogas e/ou com a população em questão. Além disso, foram acionados informantes-chave, incluindo usuários de drogas, sobre os locais onde se congregavam os usuários de crack e/ou similares para o consumo da substância, podendo ser também locais de compra destas, uma vez que tais atividades podem ocorrer simultaneamente no mesmo local.

Idealmente, este tipo de levantamento exaustivo de cenas e locais é feito mediante a atuação de equipes de etnógrafos por períodos extremamente longos – que habitualmente se estendem por anos. Há na literatura etnografias de cenas de uso de drogas

que se tornaram clássicas, como o trabalho de P. Bourgois sobre as redes de tráfico e as cenas de uso de uma área com uma grande concentração de hispano-americanos na cidade de Nova York, conhecida como “El Barrio”, localizada no East Harlem (Bourgois, 2003). Na edição mais recente desta obra clássica, o autor revisita o local onde trabalhou por anos a fio no seu estudo etnográfico original, documentando as profundas transformações por que passou o local, e a quase completa reconfiguração das redes de tráfico e cenas de uso¹.

Todas as etnografias revisadas por Page & Singer, sem uma única exceção, são de caráter estritamente local. No âmbito do nosso estudo, a abrangência nacional do trabalho e a necessidade de realizar o mapeamento num período de poucos meses, e não de vários anos, além da indisponibilidade, em cada localidade acessada, de equipes de etnógrafos seniores, fez com que o trabalho fosse mais propriamente descrito como uma Avaliação Rápida, mediante triangulação de dados secundários, observação e entrevistas com um número restrito de informantes-chave. Existem inúmeros manuais que orientam a realização de avaliações desta natureza e dezenas de artigos que sumarizam os resultados de tais estudos. Ainda que, obviamente, muito aquém do que poderia ser obtido numa etnografia minuciosa de cada local, os resultados são bastante úteis no esforço de mapear os respectivos locais².

Foram registradas, com relação a estes locais, informações adicionais, referentes a dias da semana e horários em que as cenas funcionavam. Este conjunto de informações é descrito no método de TLS como espaço-dia-hora (EDH), versão em língua portuguesa do inglês *venue-day-time* (VDT) (Muhib et al., 2001). Este cadastro temporal é de fundamental importância, uma vez que a população destes locais é bastante dinâmica, podendo variar no seu contingente e composição em função do dia da semana e do período do dia (manhã/tarde/noite).

Esse levantamento não teve o propósito de mapear todas as cenas de crack do país, e não deve ser tido como o mapa do crack/similares no país, uma vez que a sua função exclusiva foi permitir a confecção de um cadastro amostral para as etapas sub-

sequentes da pesquisa. Cabe ainda observar que as cenas foram mapeadas ao longo do primeiro semestre de 2011 e serviram de referência para seleção dos locais de pesquisa e envio de equipes de prospecção, observação e recrutamento para entrevista ao longo da realização de todo o inquérito.

Foram cuidadosamente anotadas, em planilhas específicas, todas as alterações observadas por ocasião das visitas de recrutamento e entrevista, não com o propósito de alimentar retroativamente os mapas iniciais, ou seja, refazê-los a cada sucessiva visita, mas sim de nortear o inquérito epidemiológico, visto que o mapeamento foi feito para uma parcela do território nacional, que compreendia apenas os municípios amostrados. Também nesse sentido, cabe distinguir este trabalho tanto da atualização contínua de um conjunto de mapas digitais, nos moldes de empresas que atualizam periodicamente cadastros de logradouros e localidades, utilizados, por exemplo, em arquivos GPS para veículos automotores, como da revisita de cenas mediante recomposição de redes sociais esgarçadas ou inexistentes, como na revisita da região do East Harlem, já descrita com referência à reedição do livro de P. Bourgois.

Uma vez mapeadas as cenas de uso, foram selecionados aleatoriamente os locais, dias da semana, turnos e horários distintos para visitação das equipes de campo para realização da pesquisa, que se valeu da metodologia TLS, com modificações desenvolvidas pela equipe de pesquisa da FIOCRUZ e dos pesquisadores do IBGE que desenvolveram a amostra (o que será descrito no capítulo 3).

Tal distribuição de espaço-tempo foi realizada para avaliar e registrar a dinâmica das cenas. Dessa forma, pretendia-se obter uma amostra representativa (ou a forma mais completa que foi possível realizar em condições concretas de operação) dos usuários de crack e/ou similares que consumiam tais drogas nas cenas públicas de uso mapeadas.

Após a seleção da amostra alguns locais provaram ser totalmente inacessíveis. Por exemplo, favelas/comunidades sob o comando do tráfico, onde nem mesmo com a ajuda de agentes de saúde ou outro facilitador a

¹ O leitor interessado em trabalhos etnográficos nesse campo do conhecimento pode consultar a detalhada revisão da etnografia norte-americana sobre tráfico e consumo de drogas no livro de Bryan Page e Merrill Singer (Page e Singer 2010)

² O leitor interessado pode, por exemplo, consultar o número especial da revista *The International Journal of Drug Policy* 2000;11(1/2):1-191, integralmente dedicado ao debate e análise de tais estudos.

equipe de campo conseguia obter acesso. De um ponto de vista operacional tais locais eram cenas, uma vez que os relatos acerca da sua existência e dinâmica foram consistentes, mas não são observáveis, e, portanto, não passíveis de inclusão no estudo empírico de um ponto de vista prático. Obviamente, há inúmeros relatos da crônica policial referentes a incursões de forças especiais de segurança nesses locais, mas, sempre que isso ocorreu, descreveu-se a rápida dispersão das pessoas que estavam nessas cenas, além da fuga de pessoas envolvidas no tráfico de drogas (ou, eventualmente, do confronto entre membros das redes de tráfico e forças policiais). Portanto, a entrada nessas cenas inacessíveis em circunstâncias específicas coincidiria com a rápida dispersão dos indivíduos que até então lá estavam congregados, e, portanto, o término da cena em si.

A equipe de campo foi composta por observadores/recrutadores, entrevistadores e coletadores (para realização dos testes rápidos), além dos supervisores em cada uma das capitais ou polos de pesquisa.

Os observadores/recrutadores, identificados através de crachás e camisas com o logotipo da FIOCRUZ, recebiam uma Folha de Coleta, que foi o instrumento que continha informações sobre o endereço da cena a visitar, dia da semana e o horário em que deveria ser iniciado o recrutamento dos participantes, como descrito no capítulo 3. Cerca de uma hora antes deste horário de início do recrutamento, os observadores/recrutadores procediam a uma observação do espaço e pessoas na localidade, e registravam informações qualitativas e quantitativas em um Caderno de Campo. As informações registradas nos Cadernos de Campo diziam respeito a características da cena de uso, do entorno da cena, contagem de pessoas no local, e também a presença ou não de crianças consumindo drogas, no momento da visita.

As visitas foram realizadas por duplas de observadores/recrutadores, por motivos de segurança, porém o preenchimento do Caderno de Campo foi individual, para o enriquecimento da parte qualitativa do estudo através de diferentes olhares sobre uma mesma cena. Estas visitas também tiveram o objetivo de verificar se de fato o local mapeado era uma cena de uso de crack e/ou similares.

Ainda que não seja possível comparar os Cadernos de Campo assim obtidos com cadernos de campo resultantes das etnografias clássicas, e que se tornaram referências centrais da história da Antropologia (como, por exemplo, as

célebres coleções de cadernos de campo de B. Malinowski [1884-1942]), constituem eles, na sua diversidade e enorme extensão (existem hoje cerca de 7.500 arquivos em formato pdf referentes a cadernos de campo), uma fonte preciosa de informações sobre a dinâmica cotidiana das cenas de uso em diversas cidades do país.

A mobilidade das cenas impôs custos e demandou tempo e imenso esforço das equipes de campo, determinando, inclusive, a reformulação do projeto original, diante da necessidade de manter controle rigoroso sobre cenas móveis, com turnos (manhã tarde noite) com características inteiramente distintas, obrigando a equipe a se valer de processos amostrais complexos desenvolvidos em estreita parceria com pesquisadores do IBGE, detalhados em seção específica, no capítulo 3. Esses procedimentos determinaram sucessivas revisitas.

Após realizar a observação da cena, iniciava-se o período de recrutamento dos indivíduos. A fim de manter a aleatoriedade na seleção dos usuários, estipulou-se que deveriam ser abordadas para a pesquisa apenas as pessoas que estivessem deixando uma dada cena (ao longo do período de permanência no local das equipes, referentes a uma dada cena- turno de trabalho), adotando um procedimento de amostragem inversa (Haldane, 1945).

As pessoas abordadas respondiam então a um questionário de elegibilidade simplificado, e, quando elegíveis, recebiam um convite contendo informações sobre o local onde teria lugar a pesquisa, para realização dos questionários e testes rápidos de HIV e HCV, além da coleta de escarro para realização da baciloscopia da tuberculose. As perguntas sobre elegibilidade incluíam: 1) Já foi convidado a participar desta pesquisa?; 2) Tem 18 anos ou mais?; 3) Usou crack e/ou similares pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses?. Além destas informações, registrava-se o sexo do respondente, e perguntas formuladas para a verificação de se a pessoa recrutada era a mesma que chegava ao serviço para a entrevista.

Via de regra, os usuários recrutados eram transportados pela equipe de campo ao serviço que servia de base à realização da pesquisa (em carros alugados pela pesquisa ou de parceiros institucionais), porém também tinham a opção de irem sozinhos, de posse do convite entregue pela equipe de campo. Observou-

-se ao longo da pesquisa que, quando transportados, a perda de recrutados reduziu-se significativamente.

No local de realização da pesquisa, novamente aplicava-se um questionário de elegibilidade, pois o convite entregue ao recrutado e não transportado

poderia ter sido repassado entre indivíduos e ter ficado com pessoas não elegíveis para a pesquisa. Em sendo elegível, o participante assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), passando assim para as demais etapas do estudo, conforme organograma da Figura 1.

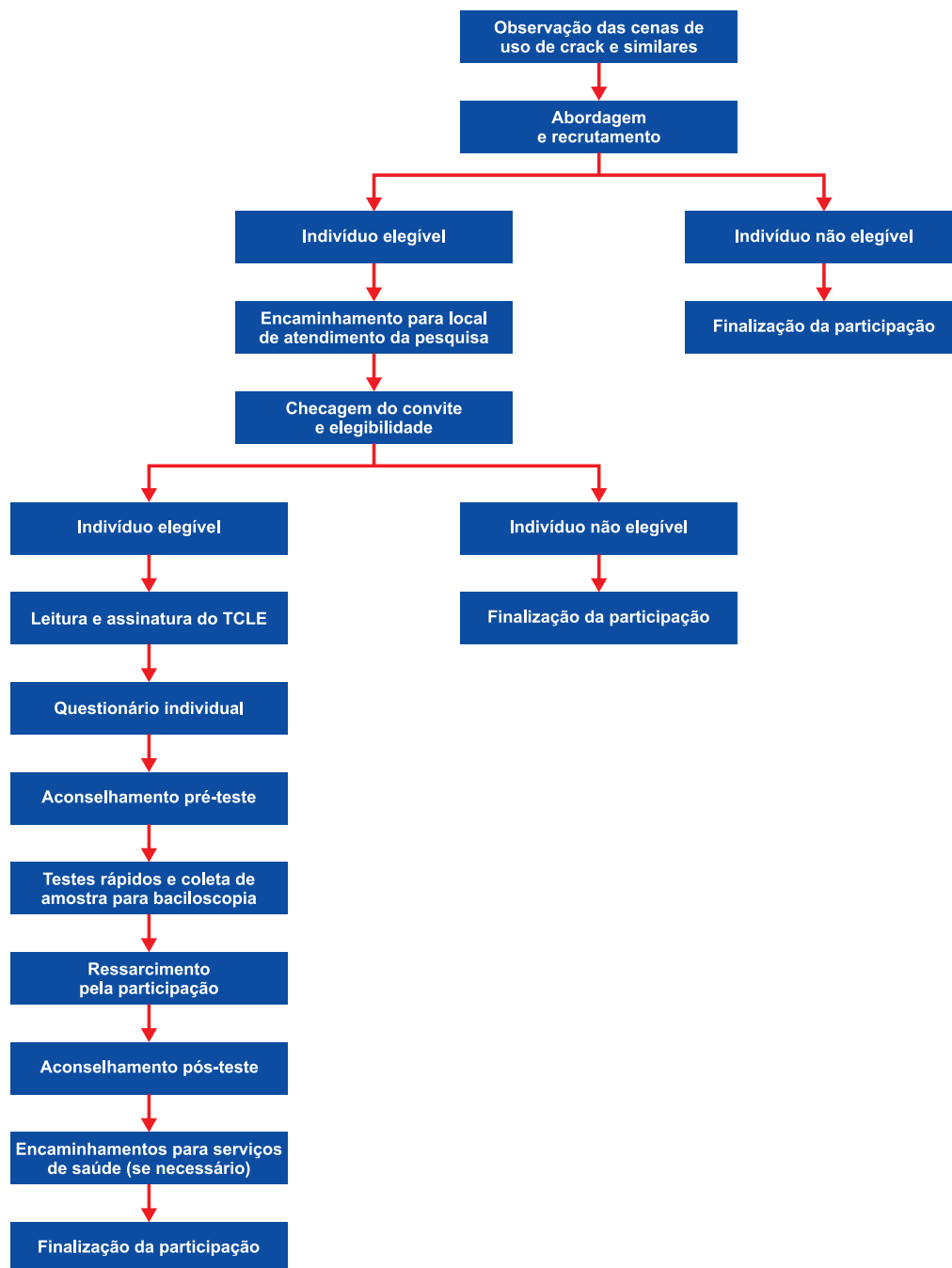


Figura 1:

Fluxo dos indivíduos para a coleta de dados na Pesquisa Nacional sobre o uso do Crack.

O questionário individual da pesquisa contemplava oito seções: a) Informações sociodemográficas; b) Uso de drogas; c) Mobilidade (bairros/municípios onde usou crack); d) Risco de doenças infecciosas associado ao uso (obtenção, uso e compartilhamento de apetrechos para uso do crack); e) Comportamento sexual; f) Estado de saúde (física e mental); g) Serviços sociais e de tratamento de saúde (serviços utilizados e fatores que facilitariam a sua utilização); h) Envolvimento com o sistema da Justiça Criminal.

Como parte dos procedimentos padrão do estudo, eram realizados testes rápidos de HIV e hepatite C, além de coleta de escarro para realização de baciloscopia da tuberculose para os indivíduos que apresentassem tosse no momento da entrevista (critério bem mais amplo do que o utilizado pelo Ministério da Saúde para a população geral, contudo mais próximo do critério usado para população de rua). Seguindo o protocolo de testagem do Ministério da Saúde, os testes de HIV utilizados foram o Rapid Check HIV 1&2 [NDI] e o BioManguinhos, que foram doados pelo Ministério da Saúde para a pesquisa. O teste de hepatite C utilizado foi o Imuno-Rápido HCV [Wama].

Como preconizado pelo Ministério da Saúde, antes da realização dos testes, realizava-se o aconselhamento sobre a testagem e doenças sexualmente transmissíveis. Era também realizado o pós-aconselhamento, com a entrega do resultado e encaminhamento para serviço especializado caso necessário.

Ressalta-se que a equipe era composta por pessoas com perfis distintos, dependendo de sua função no projeto. Os recrutadores não precisavam ter nenhuma formação específica, mas necessitavam ter experiência ou familiaridade com a temática das drogas e com o trabalho de campo. Parte dos recrutadores no Brasil eram “redutores de danos”, agentes comunitários de saúde ou pessoas com vínculos com ONGs que trabalhavam com a temática das drogas.

Já os entrevistadores, em sua maioria, tinham graduação em Psicologia, Ciências Sociais e áreas correlatas, ou eram pessoas que já tinham experiência anterior em aplicação de questionários em usuários de drogas. Para a função de coletador, necessariamente deveriam ser profissionais de saúde com registro em seus conselhos profissionais, uma vez que verificaram resultados dos testes rápidos, e quando não eram ainda treina-

dos para realizar os testes rápidos, uma capacitação era feita pelos multiplicadores em testagem rápida do Ministério da Saúde. Tanto os entrevistadores quanto os coletadores receberam a capacitação para realização dos aconselhamentos pré e pós teste, também seguindo o protocolo do Ministério da Saúde.

Aos usuários de crack e/ou similares participantes da pesquisa, era entregue um vale-alimentação em papel ou kit-lanche, conforme disponibilidade destes nos municípios de realização do estudo.

Todos os instrumentos da pesquisa eram então revisados pelo supervisor de campo antes de sua entrega à coordenação central do projeto (no Rio de Janeiro). Os questionários, elaborados em Teleform® (*software* de conversão analógico-digital), eram então escaneados, revisados e armazenados em um banco de dados no formato SPSS, com nova checagem de consistência das informações. Os demais instrumentos de coleta de dados foram digitados em bancos próprios (em Access), sendo os Cadernos de Campo digitalizados e armazenados no *software* de gerenciamento de dados qualitativos Atlas TI® (todos os instrumentos de coleta utilizados constam do anexo deste livro).

Vale ressaltar que a amostra resultante do método TLS não foi concebida para ser representativa de toda a população de usuários de crack e/ou similares em geral, pois não considerou a possibilidade de obter informações sobre os usuários que fazem uso da droga de forma isolada/em pequenos grupos (por exemplo, duplas) ou inteiramente dispersos, ou mesmo, entre aqueles que consomem o crack polvilhado em cigarros de maconha ou tabaco. A amostra foi concebida para ser representativa da população de usuários de crack e/ou similares que frequentavam os locais mapeados para o consumo de drogas e as consumiam fumadas em cachimbos, latas ou copos.

Da mesma forma, este inquérito não compreende pessoas que fazem uso exclusivo do crack em domicílios particulares ou instituições fechadas, como o sistema carcerário. Em ambos os casos, é possível estimar a magnitude deste contingente de pessoas utilizando métodos indiretos de estimação (como descrito no capítulo 8), mas não é possível abordá-los diretamente nesses locais, o que constituiria não apenas uma violação do protocolo do estudo, como

uma infração ética grave, uma vez que a equipe de pesquisa jamais solicitou aos comitês de ética autorização para entrevistar usuários nesses locais, no âmbito deste componente da pesquisa.

Como detalhado no capítulo 8, o componente de estimação aplicou tão somente um questionário visando mensurar o consumo de crack e outras subs-

tâncias (que não a maconha) em membros das redes dos entrevistados e, eventualmente, de si próprios (subsidiando as futuras combinações entre estimativas obtidas pelos métodos direto e indireto), mas mediante aplicação de questionário inteiramente distinto, que não contemplou nenhuma das seções referentes ao que foi descrito anteriormente neste capítulo e também consta dos anexos.

Referências

Bourgois, Philippe I. *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio*. Cambridge; New York: Cambridge University Press, 2003.

Beato Filho CC, Assunção RM, Silva BF, Marinho FC, Reis IA, Almeida MC. Conglomerados de Homicídios e o Tráfico de Drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cad de Saúde Pública* 2001;17(5):1163-71.

Haldane JBS. On a Method of Estimating Frequencies. *Biometrika* 1945; 33(3): 222–225.

Muhib FB, Lin LS, Stueve A, Miller RL, Ford WL, Johnson WD, Smith PJ. A venue-based method for sampling hard-to-reach populations. *Public Health Reports* 2001; 116 (Suppl 1): 216–222.

Page B, Singer M. *Comprehending Drug Use: Ethnographic Research at the Social Margins*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press, 2010.

Stueve A, O'Donnell LN, Duran R, San Doval A, Blome J. Time-space sampling in minority communities: results with young Latino men who have sex with men. *American Journal of Public Health* 2001; 91(6): 922–926.

Capítulo 3

Desenho da amostra do inquérito Epidemiológico realizado nas cenas de uso de crack e/ou similares do Brasil

Mauricio Teixeira Leite de Vasconcellos e Pedro Luís do Nascimento Silva

1. Introdução

Na terminologia de amostragem, uma população é considerada de difícil acesso se tiver pelo menos um dos atributos seguintes: ser rara (pouco frequente, geograficamente concentrada ou espalhada), ser oculta (por comportamentos ilegais ou especiais) ou flutuante (alteração de sua associação a pontos do espaço geográfico). Todas têm em comum o fato de não existir um cadastro completo das suas unidades constituintes. Nesse contexto, a população de usuários de crack e/ou similares entra nessa classificação por ser rara na população brasileira, além de oculta por seu comportamento ilegal.

Vários métodos têm sido propostos na Literatura para lidar com esse tipo de população sendo mais comuns: *Snowball*, *Respondent Driven Sampling* (RDS) (Heckathorn, 1997) e *Time Location Sampling* (TLS) (MacKellar et al., 1996). Todos esses métodos conduzem a amostras não probabilísticas (Cochran, 1977), ou seja, a amostras não reprodutíveis, na medida em que não asseguram que cada unidade da população tenha uma probabilidade não nula de ser selecionada e que essas probabilidades sejam conhecidas e usadas no cálculo dos pesos amostrais. Nos últimos anos, o RDS, variação do *Snowball*, tem sido intensamente aplicado no Brasil para populações de homens que fazem sexo com homens (HSH), de usuários de drogas injetáveis (UDI) e de profissionais do sexo, com grande apoio do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais, do Ministério da Saúde. No entanto, recente artigo mostrou que

os pesos amostrais calculados pelo RDS não conduzem a estimativas não enviesadas da população (McCreesh et al., 2012). Além disso, as interseções entre as redes de contatos dos diferentes respondentes afetam as probabilidades de inclusão dos indivíduos na amostra de forma não controlada, causando o viés identificado.

Em relação ao método de TLS, há muito é sabido que o mesmo não é probabilístico porque as linhas imaginárias que estabelecem o critério de seleção no último estágio (a seleção dos indivíduos) não constituem um método probabilístico de seleção. Mais recentemente, o uso de amostragem inversa (Haldane, 1945) foi proposto para resolver esse problema do último estágio de seleção do TLS, de forma a torná-lo um método que produz amostras probabilísticas (De Boni et al., 2010; De Boni et al., 2012).

Fazendo uso desses conhecimentos foi desenhada a amostra do Inquérito Epidemiológico Nacional realizado nas cenas de uso de crack e/ou similares: uma amostra estratificada regionalmente, com dois ou três estágios de seleção, usando o método TLS para seleção de locais e períodos de realização da pesquisa, com o emprego de amostragem inversa no último estágio de seleção.

Este capítulo descreve a população de pesquisa, sua estratificação geográfica, os estágios de seleção e o cálculo dos pesos amostrais.

2. População de pesquisa e estratificação geográfica

A população de pesquisa é constituída por pessoas brasileiras de 18 anos ou mais, que usaram crack e/ou similares (pasta base, merla e oxi) pelo menos 25 dias nos últimos seis meses (aproximadamente uma vez por semana) em cenas “abertas” do consumo destas substâncias, mapeadas conforme descrito no capítulo 2.

Essa população foi estratificada em 41 estratos

geográficos: as 27 capitais das unidades da federação; as nove regiões metropolitanas (RM) federais (Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba, e Porto Alegre) e o conjunto dos demais municípios do Brasil, estratificados pelas cinco macrorregiões, que, em seu conjunto foi denominado de estrato do resto do Brasil (ERB).

3. Tamanho da amostra e alocação entre os estratos

Para fins de cálculo, a amostra foi dimensionada inicialmente em 21.000 usuários de crack e/ou similares, em função do estabelecido no Plano de Trabalho com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

Para alocação do tamanho total da amostra entre os estratos, foram testadas diferentes estratégias de alocação: alocação igual; alocação proporcional à população residente; e alocação potência $\frac{1}{2}$, como mostra a Tabela 1.

Tabela 1: População residente e alocação do tamanho de amostra, segundo os estratos geográficos

Estrato geográfico	População	Tamanho da amostra por tipo de alocação			Tamanho da amostra utilizado
		Igual	Proporcional	Potência $\frac{1}{2}$	
Total nacional	190.732.694	21.000	21.000	21.000	21.500
Total das capitais	45.435.329	13.829	5.002	11.607	12.900
1 - Porto Velho	426.558	512	47	247	300
2 - Rio Branco	335.796	512	37	219	300
3 - Manaus	1.802.525	512	198	507	600
4 - Boa Vista	284.258	512	31	201	300
5 - Belém	1.392.031	512	153	446	400
6 - Macapá	397.913	512	44	238	300
7 - Palmas	228.297	512	25	181	300
8 - São Luís	1.011.943	512	111	380	400
9 - Teresina	814.439	512	90	341	400
10 - Fortaleza	2.447.409	512	269	591	600
11 - Natal	803.811	512	89	339	400
12 - Recife	1.536.934	512	169	468	600
13 - João Pessoa	723.514	512	80	321	400
14 - Maceió	932.608	512	103	365	400
15 - Aracaju	570.937	512	63	285	400
16 - Salvador	2.676.606	512	295	618	600
17 - Belo Horizonte	2.375.444	512	262	582	600
18 - Vitória	325.453	512	36	216	300
19 - Rio de Janeiro	6.323.037	512	696	950	1.100
20 - São Paulo	11.244.369	512	1.238	1.267	1.100
21 - Curitiba	1.746.896	512	192	499	600
22 - Florianópolis	421.203	512	46	245	300
23 - Porto Alegre	1.409.939	512	155	449	400
24 - Campo Grande	787.204	512	87	335	400
25 - Cuiabá	551.350	512	61	281	400
26 - Goiânia	1.301.892	512	143	431	400
27 - Brasília	2.562.963	512	282	605	600
Total das RM	25.157.629	4.610	2.770	5.249	5.600
28 - RM Belém	648.812	512	71	304	400
29 - RM Fortaleza	1.162.970	512	128	407	400
30 - RM Recife	2.151.494	512	237	554	600
31 - RM Salvador	898.198	512	99	358	400
32 - RM Belo Horizonte	2.507.533	512	276	598	600
33 - RM Rio de Janeiro	5.388.196	512	593	877	1.100
34 - RM São Paulo	8.428.213	512	928	1.097	1.100
35 - RM Curitiba	1.422.084	512	157	451	400
36 - RM Porto Alegre	2.550.129	512	281	603	600
Total do resto Brasil (RB)	120.139.736	2.561	13.228	4.141	3.000
37 - Resto Brasil Norte	10.779.995	512	1.187	581	600
38 - Resto Brasil Nordeste	36.858.616	512	4.058	1.074	600
39 - Resto Brasil Sudeste	43.721.692	512	4.814	1.170	600
40 - Resto Brasil Sul	19.935.083	512	2.195	790	600
41 - Resto Brasil Centro-Oeste	8841721	512	974	526	600

A alocação igual assegura o mesmo erro de amostragem em todos os estratos, mas conduz a amostras pequenas nos estratos mais populosos. A alocação proporcional assegura a relação entre os tamanhos da população e da amostra dos estratos, mas conduz a uma indesejável concentração da amostra no Sudeste e Sul do país (52,5% da população das capitais). A alocação potência $\frac{1}{2}$ (proporcional à raiz quadrada da população) desloca-se da alocação proporcional em direção à alocação igual, mantendo um compromisso entre a precisão nos estratos e a proporcionalidade com sua população.

Considerando que para estimar proporções de 5% com erro máximo de 2,5 pontos percentuais a um nível de confiança de 95% é necessário um tamanho de amostra aleatória simples de 292 unidades. Decidiu-se

4. Desenho da amostra

No planejamento da pesquisa, previu-se realizar um mapeamento das cenas abertas de crack e/ou similares que seriam validadas por um trabalho etnográfico simplificado nas cenas mapeadas, a fim de montar o cadastro de seleção da amostra. No entanto, quando os resultados do mapeamento chegaram, verificou-se que seria impossível realizar a etnografia simplificada em todas as cenas mapeadas. Decidiu-se, então, selecionar uma amostra de cenas mapeadas, nas quais seria feita a etnografia simplificada e o recrutamento de usuários.

A amostra foi selecionada em dois ou três estágios de seleção, dependendo do estrato geográfico. Para os estratos de capitais de unidades da federação, a amostra foi selecionada em dois estágios: (1) combinação de cena e turno (CT); e (2) usuário. Nos demais estratos, a amostra foi selecionada em três estágios: (1) município (nas RM) ou grupos de municípios (no ERB); (2) CT; e (3) usuário.

Nos estratos de capital, foi realizada a operação de mapeamento de cenas, que permitiu selecionar as CT onde seria feita a etnografia e o recrutamento de usuários. Nos estratos de RM, o mapeamento permitiu selecionar os municípios com probabilidade proporcional a seu número de cenas, além da seleção das CT. A seleção da amostra nos ERB foi precedida por um agrupamento de municípios vizinhos, como descrito na seção 4.1, e foram selecio-

alocar um mínimo de 300 unidades por estrato. Esse tamanho de amostra mínimo serviu de guia mesmo sabendo que a amostra em cada estrato não seria uma AAS (amostra aleatória simples). A partir do compromisso entre o tamanho de amostra mínimo, o interesse em maior desagregação nos estratos mais populosos e os valores obtidos pelas distintas formas de alocação, foi feita a alocação do tamanho de amostra utilizada, que consta da última coluna da Tabela 1.

Para determinar o tamanho da amostra de usuários nas combinações de cena e turno (CT), foram fixados os tamanhos de amostra de usuários a recrutar por CT por estrato de frequência de usuários, indicados no Quadro 1, que foram alocados entre esses estratos de frequência de forma proporcional ao número de CT no cadastro de seleção, como explicado adiante.

nados dois grupos de municípios em cada estrato. O mapeamento das cenas foi, então, realizado nos municípios dos grupos selecionados. Os usuários foram recrutados por meio de um procedimento de amostragem inversa. Nas próximas seções são descritos os métodos usados em cada estágio da amostragem.

Em função do uso de estratificação e conglomeração, a amostra selecionada é considerada complexa e cuidados devem ser tomados na estimação de variâncias e demais medidas delas derivadas. O método mais comum para estimativas de variabilidade em amostras complexas, programado na maior parte dos pacotes estatísticos, é o método do conglomerado primário.

4.1 Municípios e grupos de municípios amostrados

Como dito anteriormente, os municípios das capitais foram incluídos com certeza na amostra e, portanto, são estratos de seleção e não unidades de seleção.

Os municípios das RM foram selecionados com probabilidade proporcional ao tamanho (PPT), definido como o número de cenas mapeadas em cada município. Como em toda a seleção PPT, algumas unidades (os municípios com maior número de cenas) foram incluídas na amostra com certeza, tornando-se estratos de seleção.

Nos cinco ERB, verificou-se que a seleção de municípios não seria uma boa estratégia visto que seus tamanhos (medidos por suas populações residentes) eram demasiadamente variáveis, o que traria variabilidade excessiva às probabilidades de inclusão e, portanto, aos pesos amostrais, reduzindo a precisão da amostra. De fato, Kish (1992) demonstra que os pesos amostrais reduzem o vício, mas aumentam a variância dos estimadores ponderados, visto que a razão entre a variância de um estimador ponderado de média e o correspondente estimador não ponderado é igual a um mais o quadrado do coeficiente de variação dos pesos amostrais. Assim, a solução foi construir grupos de municípios que: (1) fossem vizinhos; (2) tivessem pelo menos 50.000 mil habitantes conforme dados do Censo Demográfico 2010 (houve apenas uma exceção a essa regra); (3) fossem heterogêneos em relação à média trienal de mortes por armas de fogo, obtida a partir do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) para o período mais atual disponível à época (2007 a 2009).

A regra (1) decorre de razões financeiras e opera-

cionais, pois municípios vizinhos reduzem custo de deslocamento e facilitam o trabalho de supervisão de campo. A regra (2) visa assegurar menor variabilidade de tamanho entre as unidades de seleção, reduzindo seu efeito negativo na precisão da amostra. A regra (3) visa à redução do efeito de conglomeração (conglomerados naturais tendem a ser homogêneos e, portanto, aumentam o efeito de desenho amostral), através da construção de conglomerados que fossem o mais heterogêneos possível, segundo uma variável que tem associação ecológica com o consumo de drogas (Beato Filho et al., 2001).

O método empregado para a formação dos grupos foi baseado no algoritmo descrito em Semann et al. (2009), com uma modificação importante. Naquele trabalho a função de otimização buscava formar grupos o mais homogêneos possível. Neste trabalho, a otimização buscou maximizar uma função das distâncias (expressas pela taxa trienal de mortes por arma de fogo) entre os municípios componentes dos grupos formados.

Tabela 2: Distribuição de frequências do número de municípios por grupo de municípios formado

Número de municípios	Frequência
Total	908
2	100
3	130
4	116
5	126
6	88
7	83
8	69
9	73
10	74
11	15
12	21
13 ou mais	13

Ao todo, foram formados 908 grupos de municípios. O menor destes grupos tinha população de 31.756 habitantes em 2010. O maior tinha população de 1.641.194. Os quartis do tamanho dos grupos foram: 63.702, 87.585 e 141.502. Em termos do número de municípios por grupo, a distribuição de frequências é mostrada na Tabela 2.

Os grupos formados foram associados às macrorregiões do país e, em cada uma delas, foram selecio-

nados dois grupos usando o algoritmo de Hanurav-Vijayan (Hanurav, 1967; Vijayan, 1968), programado na PROC SURVEYSELECT do sistema SAS versão 9.2 (SAS 9.2 On line help for PROC SURVEYSELECT. SAS Institute Inc. Cary, North Carolina, 2012.).

As probabilidades de inclusão na amostra dos municípios e dos grupos de municípios constam das expressões (1a), (1b) e (1c) da Figura 1.

Figura 1 – Esquema probabilístico da amostra

Denotando por g o índice do estrato geográfico; por j o índice do município amostrado; por h o índice do estrato de frequência da combinação de cena e turno (CT); por i o índice da CT; e por k o índice do usuário recrutado, as probabilidades de inclusão na amostra do município ou grupo de municípios, representada por $P(M_{gj})$, da CT, representada por $P(CT_{gjh} | M_{gj})$, e do recrutado, representada por $P(U_{gjhik} | M_{gj} \cap CT_{gjh})$, constam das expressões abaixo:

$$P(M_{gj}) = 1 \quad \text{se for município de capital ou município certo de RM; ou} \quad (1a)$$

$$P(M_{gj}) = \frac{n_g \times nc_{gj}}{nc_g} \quad \text{se for município não certo de RM; ou} \quad (1b)$$

$$P(M_{gj}) = \frac{n_g \times P_{gj}}{P_g} \quad \text{se for grupo de município dos cinco estratos do ERB, onde:} \quad (1c)$$

n_g é o tamanho da amostra de municípios (ou grupos) a ser selecionada no estrato geográfico g (no caso do RB, decidiu-se selecionar dois grupos de municípios por estrato)

nc_{gj} é o número de cenas do município (ou grupo) j no estrato geográfico g ;

nc_g é o número de cenas do estrato geográfico g , ou seja, $n_g = \sum_{j \in g} n_{gj}$;

P_{gj} é a população residente do grupo de municípios j do estrato geográfico g ; e

P_g é a população residente do estrato geográfico g , ou seja, $P_g = \sum_{j \in g} P_{gj}$.

$$P(CT_{gjh} | M_{gj}) = \frac{nt_{gjh}}{Nt_{gjh}} \quad \text{se a cena é certa (tamanho > 100); ou} \quad (2a)$$

$$P(CT_{gjh} | M_{gj}) = \frac{n_{gjh} \times t_{gjh}}{t_{gjh}} \quad \text{se a cena não é certa, onde:} \quad (2b)$$

nt_{gjh} é o tamanho da amostra de turnos (dia da semana e horário) a selecionar na CT i do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g (igual a 2);

Nt_{gjh} é o número de turnos (dia da semana e horário) da CT i do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g ;

n_{gjh} é o tamanho da amostra de CT do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g ;

t_{gjh} é a medida de tamanho associada à CT i do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g ; e

t_{gjh} é o total das medidas de tamanho de todas as CT do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g , ou seja, $t_{gjh} = \sum_{i \in h} t_{gjh}$.

$$P(U_{gjhik} | M_{gj} \cap CT_{gjh}) = \frac{n_{gjh} - 1}{N_{gjh} - 1} \times \frac{TR_{gjh}}{D_{gjh}} \quad \text{se o recrutamento terminou pelo número de recrutados; ou} \quad (3a)$$

$$P(U_{gjhik} | M_{gj} \cap CT_{gjh}) = \frac{n_{gjh}}{N_{gjh}} \times \frac{TR_{gjh} - 0,5}{D_{gjh} - 0,5} \quad \text{se o recrutamento terminou por atingir o fim do turno; onde:} \quad (3b)$$

n_{gjh} é o número de usuários efetivamente recrutados na CT i do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g ;

N_{gjh} é o número total de pessoas que, durante o período de recrutamento, deixaram a CT i do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g ;

TR_{gjh} é o tempo, expresso em horas, de recrutamento na CT i do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g ; e

D_{gjh} é a duração total, em horas, da CT i do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g .

4.2 Combinações de cena e turno

Após mapeamento das cenas nos municípios ou grupos de municípios amostrados, foi criado o cadastro de seleção de combinações de cena e turno (CT), usando a informação sobre os dias e horários em que a cena existia. Na ausência dessa informação, pressupôs-se que a cena existia em todos os dias e horários. Por outro lado, considerando que razões de segurança impediam o trabalho de recrutamento de usuários nas cenas no período de meia-noite às seis horas da manhã, cada dia da semana teve no máximo três turnos (manhã de 06:00 a 11:59; tarde de 12:00 a 17:59; e

noite de 18:00 a 23:59) criados por cena.

As CT foram estratificadas em três estratos de frequência do seu número de usuários (baixa, média e alta frequência), a partir das informações recebidas no mapeamento. Quando esta informação não estava disponível, foram utilizados quatro tipos de estratificação por faixa da população do estrato geográfico, construídos em função das informações obtidas no mapeamento das cenas que tinham informação de frequência de usuários por turno (dia da semana e horário), como indica o Quadro 1.

Quadro 1: Estratificação das cenas e turnos (CT) nos casos sem informação da frequência de usuários e número de usuários a recrutar por CT por dia da semana, segundo o horário

Horário	Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
População residente superior a 5.000.000 de habitantes							
Manhã	Média (6)	Baixa (4)	Baixa (4)	Baixa (4)	Baixa (4)	Média (6)	Média (6)
Tarde	Alta (8)	Média (6)	Média (6)	Média (6)	Média (6)	Média (6)	Alta (8)
Noite	Alta (8)	Alta (8)	Alta (8)	Alta (8)	Alta (8)	Alta (8)	Alta (8)
População residente entre 1.500.001 e 5.000.000 de habitantes							
Manhã	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)
Tarde	Alta (7)	Média (5)	Média (5)	Média (5)	Média (5)	Média (5)	Alta (7)
Noite	Alta (7)	Alta (7)	Alta (7)	Alta (7)	Alta (7)	Alta (7)	Alta (7)
População residente entre 500.000 e 1.500.000 de habitantes							
Manhã	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)
Tarde	Média (4)	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)	Baixa (3)	Média (4)	Alta (5)
Noite	Alta (5)	Alta (5)	Alta (5)	Alta (5)	Alta (5)	Alta (5)	Alta (5)
População inferior a 500.000 habitantes							
Manhã	Baixa (2)	Baixa (2)	Baixa (2)	Baixa (2)	Baixa (2)	Baixa (2)	Baixa (2)
Tarde	Média (3)	Baixa (2)	Baixa (2)	Baixa (2)	Baixa (2)	Média (3)	Alta (4)
Noite	Alta (4)	Média (3)	Alta (4)	Alta (4)	Alta (4)	Alta (4)	Alta (4)

Nota: Os números entre parêntesis indicam o tamanho da amostra de usuários por CT e estrato de frequência para as faixas de população dos estratos geográficos.

O tamanho da amostra de usuários do estrato geográfico foi alocado entre os estratos de frequência de usuários considerando os valores fixados de usuários a recrutar por CT no estrato de frequência (apresentados entre parêntesis no Quadro 1), de forma a ser proporcional ao número de CT do estrato de frequência no cadastro de seleção. Em seguida, dividindo o tamanho da amostra de usuários do estrato pelo número de usuários a recrutar por CT, obteve-se o tamanho da amostra de CT.

A CT foi selecionada com PPT, sendo a medida de tamanho expressa em múltiplos do número de usuários do turno. Para as cenas que não tinham informa-

ção de número de usuários atribuiu-se o tamanho cinco. Para as demais, o tamanho foi calculado, em cada estrato de frequência de usuários, a partir da expressão: $Tamanho = [(N^{\circ} \text{ de usuários da cena} / 5) + 1] * 5$. Com essa estratégia, as CT sem informação do número de usuários foram selecionadas de forma equiprovável, visto que todas tinham o mesmo tamanho (=5).

As cenas com mais de 95 usuários (tamanho > 100) foram incluídas com certeza na amostra, tendo duas CT, por estrato de frequência de usuários, selecionadas com equiprobabilidade. Para as demais CT, a seleção foi feita, por estrato de frequência de usuários, de forma proporcional à medida de tamanho calculada

para a CT. As probabilidades de inclusão na amostra das CT constam das expressões (2a) e (2b) da Figura 1.

4.3 Recrutamento de usuários

Como dito anteriormente, o recrutamento de usuários foi feito usando o procedimento de amostragem inversa (Haldanes, 1945). A amostragem inversa é um método de amostragem sequencial repetido até que o número de entrevistas realizadas seja igual a um valor fixado *a priori*, transformando o tamanho da amostra em uma variável aleatória. Assim, a ideia principal da amostragem inversa é contar quantas unidades precisaram ser observadas para conseguir o número prefixado de entrevistas realizadas.

Com o número de entrevistas a realizar por CT, todas as pessoas que saíam da cena no turno selecionado eram abordadas para verificar se atendiam aos critérios de inclusão e se aceitavam participar da pesquisa (ou seja, foi realizada uma operação de rastreamento – *screening* – por amostragem). Nesse momento, dados sobre cada pessoa que saía da cena no período de recrutamento eram registrados em uma folha de coleta (FC) especificamente preparada para cada CT amostrada na pesquisa, na qual constava a identificação da CT (código e endereço da cena, e horário para início das entrevistas), turno da CT (dia da semana e horário de início e fim do turno) e número de pessoas a recrutar na CT. Na FC foram registrados os nomes dos recrutadores e o horário do término do recrutamento, bem como foi preenchida uma linha para cada pessoa que saía da cena, com as respostas para as perguntas-chave do critério de elegibilidade (“1-Já foi convidado a participar desta pesquisa?”; “2-Tem 18 anos ou mais?”; e “3-Usou crack e/ou similares pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses?”) e algumas informações sobre o usuário (time de futebol por que torcia; número de tatuagens que tinha no corpo; nome do melhor amigo; e nome da mãe).

As pessoas elegíveis que aceitavam a pesquisa, isto é, os recrutados, ou eram transportadas para o local onde teria lugar a entrevista, ou recebiam um

convite contendo informações sobre o local onde teria lugar a pesquisa. Nesse último caso, as perguntas sobre o usuário serviam para verificar se a pessoa que chegava ao local de entrevista com o convite era de fato a pessoa recrutada.

O horário de início do recrutamento foi selecionado em unidades de 30 minutos, a partir do horário de início do turno até meia hora antes do seu término, usando um procedimento equiprovável. O processo de recrutamento iniciava-se no horário selecionado e podia terminar por duas razões: (1) por ter sido atingido o número de usuários a recrutar; ou (2) por ter sido alcançada a hora de término do turno.

As probabilidades de inclusão na amostra dos recrutados constam das expressões (3a) e (3b) da Figura 1, que relacionam o número de recrutados com o de pessoas abordadas e o tempo de recrutamento com a duração do turno. Cabe salientar que as parcelas “- 1” e “- 0,5”, nessas expressões, são devidas à perda de um grau de liberdade pela regra de parada do processo sequencial de recrutamento. No caso da parcela “- 1” decorre do fato de a última pessoa abordada ser também a última recrutada. No caso da parada por término do turno, a parcela “- 0,5” corresponde ao último período de recrutamento ou à última meia hora do turno.

4.4 Subamostra de recrutados que foram entrevistados

Em princípio todos os recrutados deveriam ser entrevistados. No entanto, isto não ocorreu sempre como indica a Tabela 4, por diversas razões desconhecidas caso a caso. Assim, supondo que o conjunto de recrutados que compareceu para entrevista não difere de forma importante do conjunto dos que não compareceram, os entrevistados podem ser tratados como uma subamostra equiprovável dos recrutados em cada estrato geográfico. Com essa hipótese, a probabilidade de um recrutado ser entrevistado corresponde à razão entre o número de entrevistados e o de recrutados na CT, como indica a expressão (4) na Figura 2.

Figura 2: Tratamento dos entrevistados e pesos amostrais

Pressupondo que os entrevistados correspondem a uma subamostra aleatória simples dos recrutados, a probabilidade de inclusão do entrevistado k' , representada por $P(E_{gjhik'} | M_{gj} \cap CT_{gghi} \cap U_{gjhik'})$, é dada por:

$$P(E_{gjhik'} | M_{gj} \cap CT_{gghi} \cap U_{gjhik'}) = \frac{e_{gghi}}{n_{gghi}}, \text{ onde:} \quad (4)$$

e_{gghi} é o número de usuários efetivamente entrevistados na CT i do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g ; e

n_{gghi} é o número de usuários efetivamente recrutados na CT i do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g .

Assim, a probabilidade de um usuário qualquer ser incluído na amostra, representada por $P(E_{gjhik'})$ é dada por:

$$P(E_{gjhik'}) = P(M_{gj}) \times P(CT_{gghi} | M_{gj}) \times P(U_{gjhik'} | M_{gj} \cap CT_{gghi}) \times P(E_{gjhik'} | M_{gj} \cap CT_{gghi} \cap U_{gjhik'}), \text{ onde as probabilidades indicadas correspondem às definidas nas expressões da Figura 1 e à expressão (4) acima.}$$

O peso natural do desenho, representado por $W_{gjhik'}$, é dado por:

$$W_{gjhik'} = 1 / P(M_{gj}) \times P(CT_{gghi} | M_{gj}) \times P(U_{gjhik'} | M_{gj} \cap CT_{gghi}) \times P(E_{gjhik'} | M_{gj} \cap CT_{gghi} \cap U_{gjhik'}) \quad (5)$$

O peso padronizado de um entrevistado qualquer no domínio d , representado por $W_{gjhik'}^d$, é dado por:

$$W_{gjhik'}^d = W_{gjhik'} \times \frac{n_d}{\hat{N}_d}, \text{ onde:} \quad (6)$$

$W_{gjhik'}^d$ é o peso amostral padronizado a ser aplicado aos entrevistados do domínio d ($d = 1$ ou 2), sendo o domínio 1 formado pelos estratos geográficos 1 a 36, e o domínio 2 pelos estratos geográficos 37 a 41;

$W_{gjhik'}$ é o peso natural do desenho do entrevistado k' da CT i do estrato de frequência de usuários h do município (ou grupo de municípios) j do estrato geográfico g

n_d é o número de entrevistados do domínio d ; e

\hat{N}_d é a estimativa do total de usuários do domínio d obtida com o peso natural do desenho, ou seja,

$$\hat{N}_d = \sum_{g \in d} \sum_j \sum_h \sum_{i, k'} W_{gjhik'}$$

5. Cálculo dos pesos amostrais e sua padronização

O peso amostral natural do desenho corresponde ao recíproco do produto de probabilidades de inclusão em cada estágio, tratando a subamostra de entrevistados como um “estágio” adicional da amostra ou como uma correção por não resposta. A expressão (5) da Figura 2 apresenta a fórmula de cálculo do peso amostral.

Em princípio, pesos amostrais permitem obter estimativas para a população de pesquisa. Como, no entanto, a taxa de perda da amostra efetiva, em relação ao tamanho original da amostra, foi muito grande (55,8% entre recrutados e 65,7% entre entrevistados, como mostra a Tabela 4), observou-se ser impossível usar os pesos para estimar totais populacionais. Por outro lado, nenhuma pesquisa no mundo conseguiu entrevistar 7.381 usuários de crack-cocaína e seria um absurdo perder a riqueza da informação coletada. Assim, foi decidido evitar

que fossem estimados totais a partir dessa amostra por meio da padronização dos pesos amostrais.

A padronização foi feita de modo a forçar que o total dos pesos fosse igual ao tamanho da amostra efetiva (7.381). Considerando que o esquema probabilístico da amostra foi híbrido, com os pesos nos estratos geográficos 1 a 36 (capitais e RM) sendo baseados nos números de usuários e cenas do mapeamento, enquanto os pesos dos estratos 37 a 41 (macrorregiões no ERB) foram baseados na população residente, além dos números de cenas e usuários, decidiu-se criar dois domínios distintos para a padronização: domínio 1 composto pelos estratos geográficos 1 a 36; e domínio 2 formado pelos demais estratos geográficos. A expressão (6) da figura 2 indica que o peso foi padronizado pela razão entre o tamanho da amostra efetiva no domínio e a estimativa de total do domínio gerada pelo peso natural do desenho.

6. Resultados do cadastro e da amostra efetiva

A perda de tamanho de amostra, referida anteriormente, foi principalmente devida a problemas na operação de mapeamento de cenas abertas de crack, como mostra a Tabela 3. De acordo com o descrito no capítulo 2 deste livro, essa operação de mapeamento não teve (nem poderia ter, devido ao prazo total para a execução da pesquisa) o tempo necessário para sua realização com os cuidados que são necessários para a geração de um cadastro adequado à seleção de uma amostra.

De fato, isto foi previsto quando se decidiu levar adiante o projeto, eliminando a etnografia simplificada para validar o mapeamento de cenas e deixando de usar os seus dados como cadastro de seleção. O que não podia ser previsto era a dimensão dos problemas do mapeamento mostrados na Tabela 3: 15,7% das cenas com pelo menos um turno selecionado tinham

erro de cadastro (cena não localizada; não havia cena de crack no local; nunca houve cena de crack no local; ou cena mapeada em duplicata); 18,8% não tinham usuários de crack (o que pode indicar que a cena não era de crack e/ou similares); 3,9% eram inacessíveis (se a cena é inacessível não parece que possa ser definida como cena aberta de crack); e somente 43,5% tiveram observação e recrutamento.

A esses problemas somaram-se os decorrentes da entrada do crack na ordem do dia da crônica policial que ocasionou alterações nas cenas mapeadas, seja porque a polícia atuou para recolher os usuários, seja porque os traficantes os expulsaram para evitar a presença da polícia. Em conjunto, esses dois problemas fizeram com que em 9,1% das cenas selecionadas não fosse possível fazer a observação e o recrutamento, simplesmente porque as cenas deixaram de existir.

Tabela 3: Dados do cadastro de cenas de crack e de CT, segundo o resultado da visita

Resultado da visita	Número de cenas			Número de CT		
	Número	%	%	Número	%	%
Total de cenas	5.686	100		87.822	100	
Não selecionadas	2.861	50,3		60.209	68,6	
Selecionadas (*)	2.825	49,7	100	27.613	31,4	100
Erros de cadastro	444	7,8	15,7	9.816	11,2	35,5
Sem usuários de crack	530	9,3	18,8	5.104	5,8	18,5
Alteradas entre mapeamento e coleta	256	4,5	9,1	4.813	5,5	17,4
Inacessíveis	219	3,9	7,8	4.537	5,2	16,4
Coletadas	1.230	21,6	43,5	0	0	0
Com recrutamento	1.211	21,3	42,9	2.419	2,8	8,8
Sem recrutamento	19	0,3	0,7	530	0,6	1,9
Sem informação sobre coleta	146	2,6	5,2	394	0,4	1,4

(*) Seleção de pelo menos um turno.

Quando os dados são olhados por número de CT, as porcentagens de problemas de mapeamento aumentam consideravelmente: 35,7% das CT tinham erro de cadastro, 18,5% não tinham usuários, 17,4% sofreram alteração entre mapeamento e coleta; 16,4% eram inacessíveis; e somente em 10,7% das CT pôde ser feita alguma coleta de informações.

No entanto, há que se relativizar a interpretação dos resultados por CT. Como dito anteriormente,

quando o mapeamento não indicava os dias da semana e os horários em que havia usuários de crack na cena, pressupôs-se que a mesma existia em todos os 21 turnos (= 7 dias da semana x três horários). Portanto, para cada uma cena com problema de mapeamento são consideradas 21 CT, enquanto para as cenas entrevistadas são contados apenas as CT com coleta, sendo as demais consideradas como não pesquisadas. Assim, os resultados por CT mostram que o pressuposto da existência de todos os turnos em

Tabela 4: Tamanhos previstos e efetivos da amostra de usuários recrutados e entrevistados

Estrato geográfico	Previsto	Recrutados		Entrevistados		% de entrevistados em relação a recrutados
		Número	%	Número	%	
Total nacional	21.500	9.508	44,2	7.381	34,3	77,6
Total das capitais	12.900	6.908	53,6	5.105	39,6	73,9
1 - Porto Velho	300	20	6,7	16	5,3	80
2 - Rio Branco	300	138	46	134	44,7	97,1
3 - Manaus	600	61	10,2	38	6,3	62,3
4 - Boa Vista	300	113	37,7	96	32	85
5 - Belém	400	398	99,5	389	97,3	97,7
6 - Macapá	300	84	28	73	24,3	86,9
7 - Palmas	300	41	13,7	40	13,3	97,6
8 - São Luís	400	91	22,8	65	16,3	71,4
9 - Teresina	400	230	57,5	223	55,8	97
10 - Fortaleza	600	430	71,7	390	65	90,7
11 - Natal	400	252	63	234	58,5	92,9
12 - Recife	600	287	47,8	91	15,2	31,7
13 - João Pessoa	400	140	35	88	22	62,9
14 - Maceió	400	79	19,8	54	13,5	68,4
15 - Aracaju	400	455	113,8	395	98,8	86,8
16 - Salvador	600	475	79,2	204	34	42,9
17 - Belo Horizonte	600	205	34,2	119	19,8	58
18 - Vitória	300	56	18,7	28	9,3	50
19 - Rio de Janeiro	1.100	848	77,1	544	49,5	64,2
20 - São Paulo	1.100	518	47,1	410	37,3	79,2
21 - Curitiba	600	430	71,7	306	51	71,2
22 - Florianópolis	300	311	103,7	261	87	83,9
23 - Porto Alegre	400	135	33,8	101	25,3	74,8
24 - Campo Grande	400	144	36	100	25	69,4
25 - Cuiabá	400	376	94	360	90	95,7
26 - Goiânia	400	99	24,8	69	17,3	69,7
27 - Brasília	600	492	82	277	46,2	56,3
Total das RM	5.600	1.597	28,5	1.313	23,4	82,2
28 - RM Belém	400	401	100,3	394	98,5	98,3
29 - RM Fortaleza	400	205	51,3	187	46,8	91,2
30 - RM Recife	600	76	12,7	53	8,8	69,7
31 - RM Salvador	400	253	63,3	119	29,8	47
32 - RM Belo Horizonte	600	92	15,3	85	14,2	92,4
33 - RM Rio de Janeiro	1.100	439	39,9	386	35,1	87,9
34 - RM São Paulo	1.100	3	0,3	3	0,3	100
35 - RM Curitiba	400	81	20,3	39	9,8	48,1
36 - RM Porto Alegre	600	47	7,8	47	7,8	100
Total do resto Brasil (RB)	3.000	1.003	33,4	963	32,1	96
37 - Resto Brasil Norte	600	33	5,5	31	5,2	93,9
38 - Resto Brasil Nordeste	600	188	31,3	180	30	95,7
39 - Resto Brasil Sudeste	600	382	63,7	356	59,3	93,2
40 - Resto Brasil Sul	600	96	16	96	16	100
41 - Resto Brasil Centro-Oeste	600	304	50,7	300	50	98,7

cenar com mapeamento incompleto não era realista, sobretudo nas cenas menores, e conduziram a uma distorção nos resultados.

Diante desses problemas, a perda amostral foi grande, como indica a Tabela 4, onde são comparados os tamanhos previstos e efetivos da amostra selecionada em cada estrato.

Observa-se, portanto, uma perda grande na amostra efetiva em quase todos os estratos geográficos. No entanto, em três estratos (15, 22 e 28) observa-se que a amostra efetiva de recrutados foi maior do que a prevista. Esse fato ocorreu por não ter sido respeitada a regra de parada pelo número de recrutados.

Observa-se, também na Tabela 4, que as estratégias adotadas em cada centro de pesquisa foram diferencia-

das e conduziram a resultados bem distintos. Para exemplificar, a estratégia de conduzir recrutados ao local da entrevista *versus* a entrega de convites aos recrutados deram resultados bem diferenciados, com a porcentagem de entrevistados em relação ao número de recrutados variando de 31,7% a 100,0%, com um resultado médio nacional de 77,6%. A perda amostral é outro indicador da qualidade do trabalho entre os diferentes centros.

Conclui-se observando que todo trabalho multicêntrico é passível da diferenciação de qualidade de execução entre seus diferentes centros e que pesquisas nacionais são trabalhos executivos que pressupõem que os procedimentos logísticos, treinamento das equipes, coleta de dados e supervisão de campo sejam tão uniformizados quanto o possível. Assim, pesquisas nacionais demandam uma estrutura executiva que, geralmente, não se aplica a estudos multicêntricos.

Referências

- Beato Filho CC, Assunção RM, Silva BF, Marinho FC, Reis IA, Almeida MC. Conglomerados de Homicídios e o Tráfico de Drogas em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, de 1995 a 1999. *Cad de Saúde Pública* 2001;17(5):1163-71.
- Cochran WG. *Sampling techniques*. New York: John Wiley and Sons, 1977.
- De Boni R, Vasconcellos MTL, Holmer BP, Robin R, Bastos FI, Pechansky F. Beber e dirigir em uma amostra de condutores que frequentam bares de Porto Alegre. In: *Uso de bebidas alcoólicas e outras drogas nas rodovias brasileiras e outros estudos*, org. Pechansky F, Duarte PAV e De Boni R. Porto Alegre: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2010:90-95
- De Boni R, Silva PLN, Bastos FI, Pechansky F, Vasconcellos MTL Reaching the hard-to-reach: a probability sampling method for assessing prevalence of driving under the influence after drinking in alcohol outlets. *PLoS One*, 2012; 7:e34104.
- Haldane JBS. On a method of estimating frequencies. *Biometrika* 1945; 33:222-225.
- Hanurav TV. Optimum Utilization of Auxiliary Information: Sampling of Two Units from a Stratum. *J Royal Statistical Society* 1967; Series B (29):374-391.
- Heckathorn DD. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems* 1997; 44: 174-199.
- Kish L. Weighing for unequal Pi. *J Official Statistics* 1992; 8:183-200.
- MacKellar D, Valleroy L, Karon J, Lemp G, Janssen R. The young's men survey: methods for estimating HIV seroprevalence and risk factors among young men who have sex with men, a method of estimating frequencies. *Public Health Reports* 1996; 111 (Suppl. 1): 138-144.
- McCreesh N, Frost S, Seeley J, Katongole J, Tarsh MN, Ndunguse R, Jichi F, Lune NL, Maher D, Johnston LG, Sonnenberg P, Copas AJ, Hayes RJ, White RG. Evaluation of respondent-driven sampling. *Epidemiology* 2012; 23:138-147.
- Semaan GS, Ochi LS, Brito JAM. Um algoritmo evolutivo híbrido aplicado ao problema de clusterização em grafos com restrições de capacidade e contiguidade. In: *Anais Do IX Congresso Brasileiro de Redes Neurais /Inteligência Computacional (IX CBRN)*. Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil: Sociedade Brasileira de Redes Neurais; 2009. (<http://www.semaan.info/2011/CBRN2009.pdf>).
- Vijayan K. An Exact Sampling Scheme: Generalization of a Method of Hanurav. *J Royal Statistical Society* 1968, Series B (30):556-566.

Capítulo 4

**Quem são os usuários
de crack e/ou similares do Brasil?
Perfil sociodemográfico
e comportamental destes usuários:
resultados de uma pesquisa
de abrangência nacional**

*Neilane Bertoni e Francisco Inácio Bastos
em nome do grupo de Pesquisa "Inquérito Epidemiológico"*

1. Introdução

Talvez as duas perguntas mais frequentemente formuladas após a emergência das cenas de crack nos grandes centros urbanos do Sudeste na presente década e a circulação de notícias sobre o tráfico e consumo do crack em diferentes regiões do país, em municípios de porte médio e pequeno, foram e são: Quem são estas pessoas que podem ser observadas nessas cenas? Quantas elas são?

O presente capítulo sumariza achados referentes à primeira dessas questões, apresentando dados referentes a uma amostra representativa do país, como descrito nos capítulos 2 e 3. Obviamente, tal tarefa, como discutido nos capítulos referentes a métodos, exigiu a implementação de metodologias inovadoras e se deparou com inúmeras dificuldades. Ainda assim, se comparado a estudos invariavelmente locais, de caráter etnográfico ou clínico, o perfil aqui delineado corresponde a algo novo em termos de epidemiologia descritiva, pela sua magnitude e pela diversidade e complexidade das cenas abordadas em todo o país.

O perfil que se desenhará a seguir de modo sucinto não diz, obviamente, respeito a usuários que jamais interagem com cenas abertas de uso, e que fazem uso exclusivo em recintos privados, obtendo a drogas por via indireta e/ou por entrega domiciliar. Não existem modos eticamente aceitáveis e operacionalmente factíveis de abordar de forma simultânea cenas abertas e o uso privado, pois as estratégias de abordagem são necessariamente distintas.

2. Resultados

Os resultados a seguir são apresentados para o consolidado Brasil e por grupo de municípios (capitais e não-capitais). É importante ter em mente que as análises que subsidiam os resultados aqui apresentados são ponderadas (ou seja, levam em consideração o plano de amostragem descrito em capítulo anterior), e que com isso os resultados são representativos das áreas amostradas na pesquisa. Como mencionado acima, não foram amostrados, por exemplo, locais privados, como domicílios de usuários. Ou seja, apesar da amostra não representar o conjunto de usuários de crack e/ou similares do país, os resultados são representativos para os

Portanto, o presente perfil reflete um quadro especialmente dinâmico, que permeia os interstícios urbanos de um conjunto de municípios brasileiros que permite abarcar a extensão e diversidade do país em sua dimensão demográfica, sociocultural, além das especificidades dos mercados ilícitos e das ações de segurança pública em cada contexto. Certamente, não se pode falar de um retrato que não merecerá retoques, seja pelas evidentes limitações impostas ao trabalho de campo por cenas extremamente fluidas e frequentemente violentas, seja pela impossibilidade de definir parâmetros estáveis no espaço, tempo, produto consumido e hábitos de consumo, de um mercado ilícito e especialmente dinâmico.

Entretanto, esse primeiro desafio precisava ser enfrentado, e o foi de forma exitosa, pois contamos a partir de agora com um perfil de uma população adoecida e estigmatizada, mas, nem por isso menos diversa e repleta de nuances como os contextos em que se insere. Nesse sentido, o perfil sumarizado a seguir mostra a gestores, formadores de opinião, meios de comunicação, ativistas, profissionais de áreas mais diversas, como Saúde, Assistência Social e Educação, entre outras tantas, um conjunto de pessoas, as quais é preciso conhecer, contatar, apoiar e tratar. Não resta dúvida de que uma descrição assim sucinta e de largo escopo é incapaz de compreender em profundidade as vivências, os sofrimentos e as esperanças de cada um dos indivíduos aqui retratados como conjunto, mas, sem isso, não teríamos por onde começar.

usuários de crack e/ou similares que consomem estas drogas (em cachimbos, latas ou copos) em cenas de uso públicas/abertas do Brasil. Assim, no texto, quando forem apresentados os resultados para os usuários de crack e/ou similares, deve-se considerar que são usuários destes locais acima descritos aqueles indivíduos que aqui tem seus dados sumarizados sob a forma de tabulações e gráficos. Este é o propósito da epidemiologia descritiva: sistematizar achados referentes a uma dada população, apostando na abrangência e generalidade, e não na particularidade e no aprofundamento da dimensão psicológica de cada indivíduo.

Foram realizadas análises descritivas para Brasil, capitais e não capitais. As proporções e médias são apresentadas com intervalos de confiança de 95%. O plano de amostragem e o modo como os dados foram coletados nesta pesquisa estão descritos em capítulos anteriores deste livro (capítulos 2 e 3).

2.1. Faixa etária

A pesquisa revelou que, no Brasil, os usuários de crack e/ou similares são, majoritariamente, adultos jovens – com idade média de 30,28 anos (erro-padrão de 0,33). Ressalta-se que esta pesquisa entrevistou apenas usuários com 18 ou mais anos, o que poderia explicar, em parte, esta média mais elevada do que geralmente se supõe a partir da observação não sistemática. Contudo, destaca-se que durante as visitas realizadas às cenas de uso de crack e/ou similares, foi computada a presença/ausência de crianças, e não se observou uma quantidade expressiva de crianças e adolescentes nestes locais visitados, apesar desse subgrupo estar presente em diversas cenas dos diferentes municípios pesquisados. A despeito das variações regionais e locais, crianças e adolescentes não constituem a maioria das cenas em nenhum local pesquisado.

Quando comparadas as médias de idade dos usuários do grupo de municípios das capitais *versus* o grupo das não-capitais, temos uma média

ligeiramente maior entre as capitais, de 30,78 anos (erro-padrão de 0,45), e nas não capitais esta média foi de 29,22 anos (erro-padrão de 0,35).

Como pode ser observado na Figura 1, cerca de 1/3 dos usuários de crack e/ou similares do Brasil está concentrado na faixa etária de 18 a 24 anos. A Figura 2 permite visualizar a comparação da distribuição por faixas etárias, de usuários recrutados nas capitais e não-capitais, constatando-se que a proporção de usuários de crack e/ou similares na faixa de 18 a 24 anos nas não capitais é significativamente maior do que nas capitais.

2.2. Sexo

No Brasil, conforme exibido na Figura 3, os usuários de crack e/ou similares nas cenas de uso são predominantemente do sexo masculino – 78,68% (Intervalo de Confiança de 95% (IC95%): 75,73-81,35). Inquéritos domiciliares anteriores mostraram que, em relação aos usuários de cocaína/crack (analisados em conjunto nesses estudos), essa proporção era de, aproximadamente, 60% homem e 40% mulher (Carlini et al., 2007). Tal achado está em sintonia com a literatura nacional, que aponta para uma presença masculina maior em cenas abertas e na interface com o tráfico.

A maior proporção de homens usuários de crack e/ou similares se mantém tanto nas capitais como nas não-capitais (Figura 4).

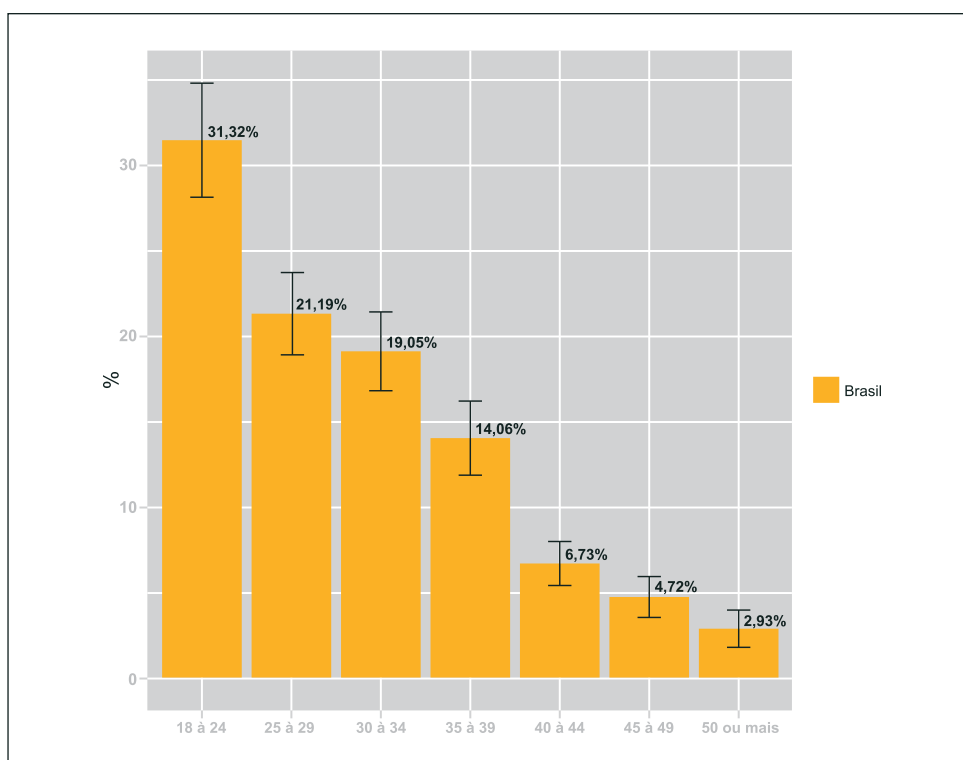


Figura 1:
Faixa etária dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

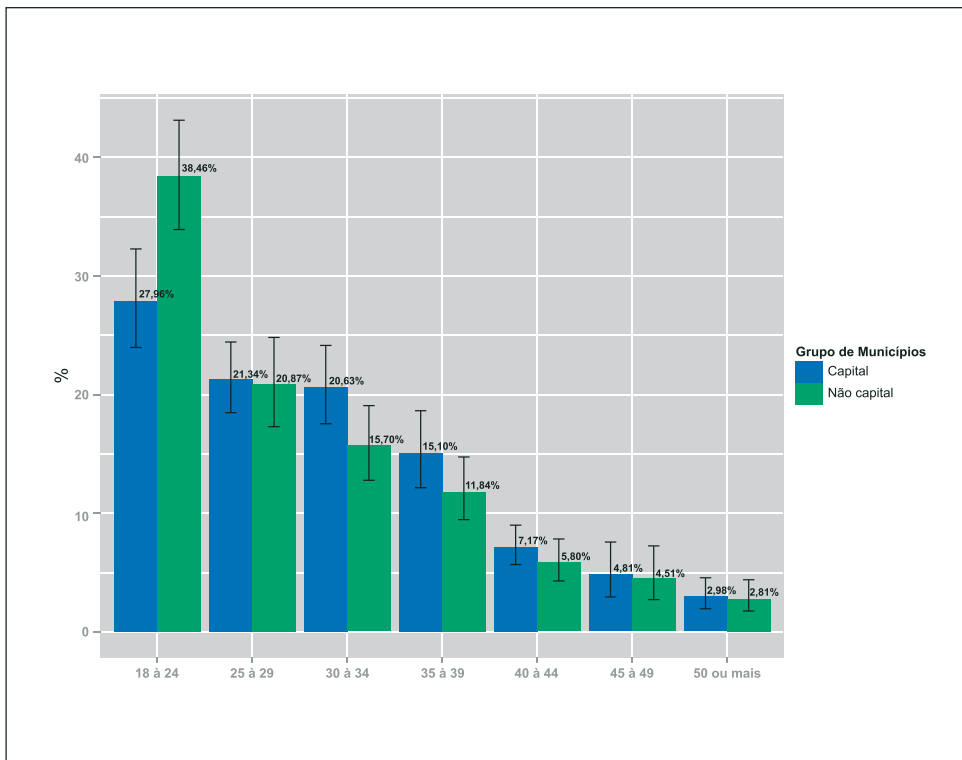


Figura 2:
Faixa etária dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

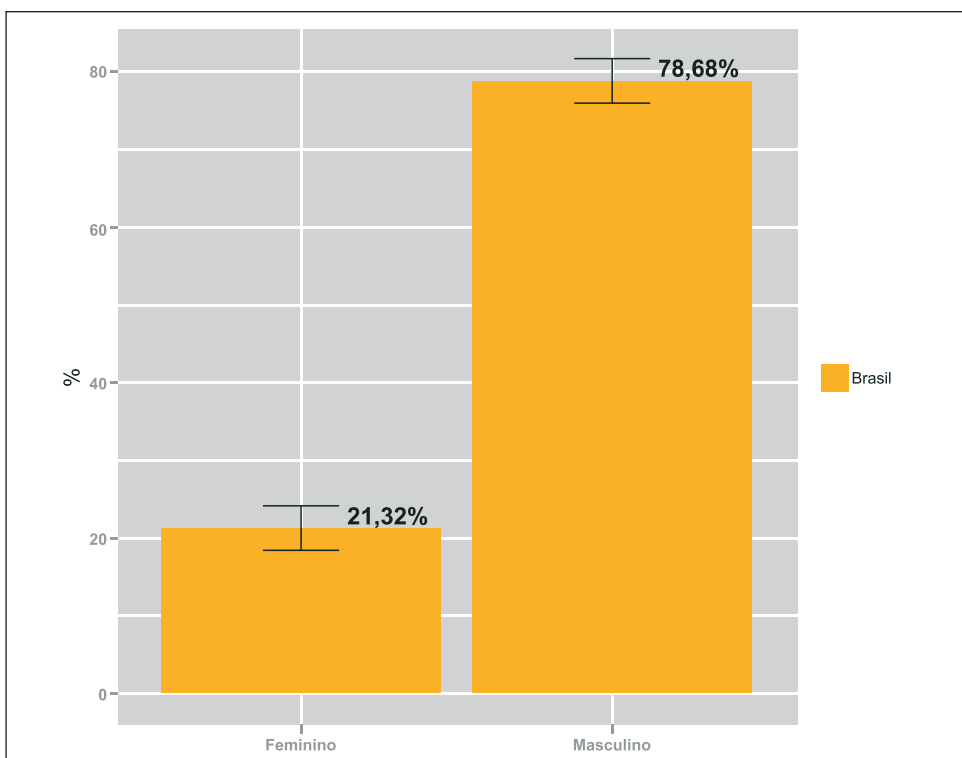


Figura 3:
Sexo dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

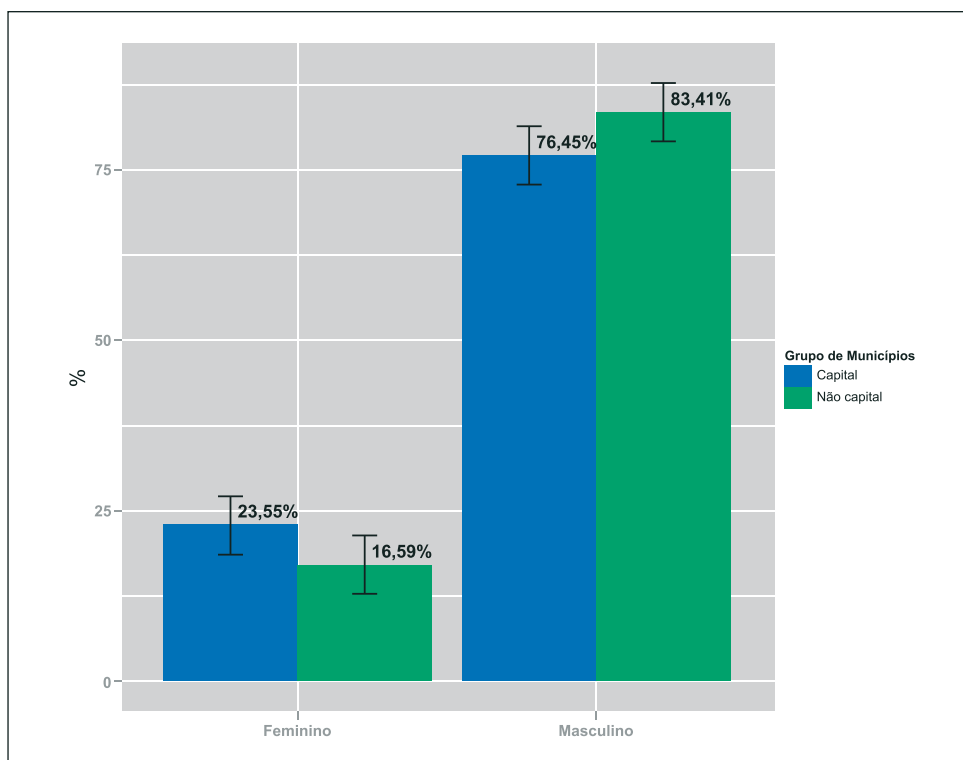


Figura 4:

Sexo dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

2.3. Raça/cor (autodeclarada)

Há um predomínio importante de usuários “não-brancos” nas cenas de uso. Cerca de 20% dos usuários de crack e/ou similares no Brasil eram de cor branca (ver Figura 5). Na população geral, segundo o Censo 2010 (IBGE), os “não-brancos” correspondiam a aproximadamente 52% da população brasileira, o que sublinha a sobrerrepresentação de pretos e pardos (utilizando as categorias do IBGE) em contextos de

vulnerabilidade social, como observado nas cenas de crack. A distribuição proporcional de brancos vs. não-brancos se mantém na comparação entre as capitais e os demais municípios (Figura 6). Cabe observar que a categoria não-brancos corresponde, basicamente, às categorias definidas pelo IBGE como pretos e pardos, uma vez que a presença de brasileiros de ascendência asiática e de indígenas no conjunto da amostra é ínfima.

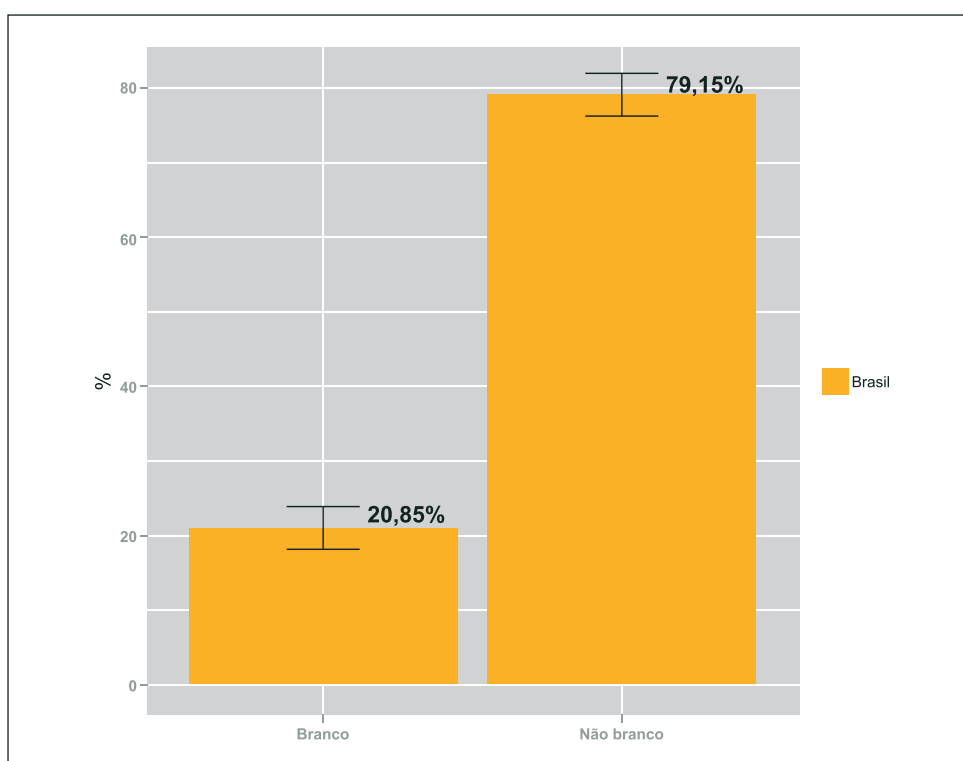


Figura 5:

Cor/raça dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

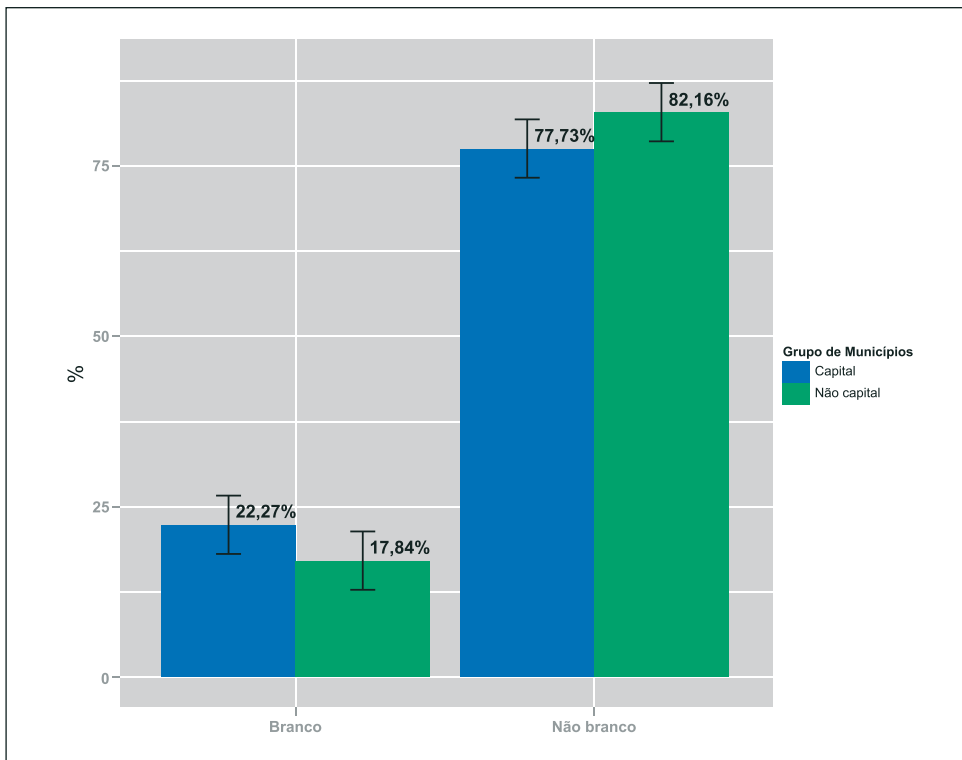


Figura 6:
Cor/raça dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

2.4. Situação conjugal

A maioria dos usuários de crack e/ou similares do Brasil declarou ser solteira – 60,64% (IC95%: 57,83-63,39). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nessas proporções quando comparamos os grupos de municípios.

Segundo o Censo 2010, na população geral brasileira, a proporção de solteiros é de 55,3% (Figuras 7 e 8). Portanto, há uma sobrerrepresentação de solteiros nas cenas de crack, como costuma ser observado em diferentes situações de afrouxamento dos laços familiares.

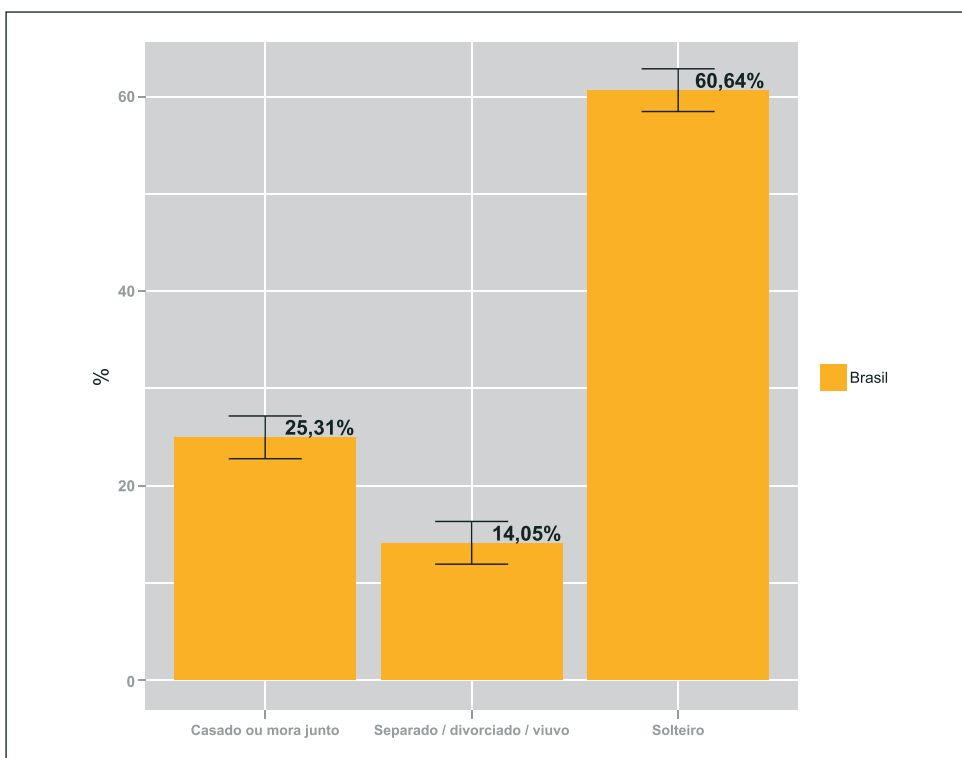


Figura 7:
Situação conjugal dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

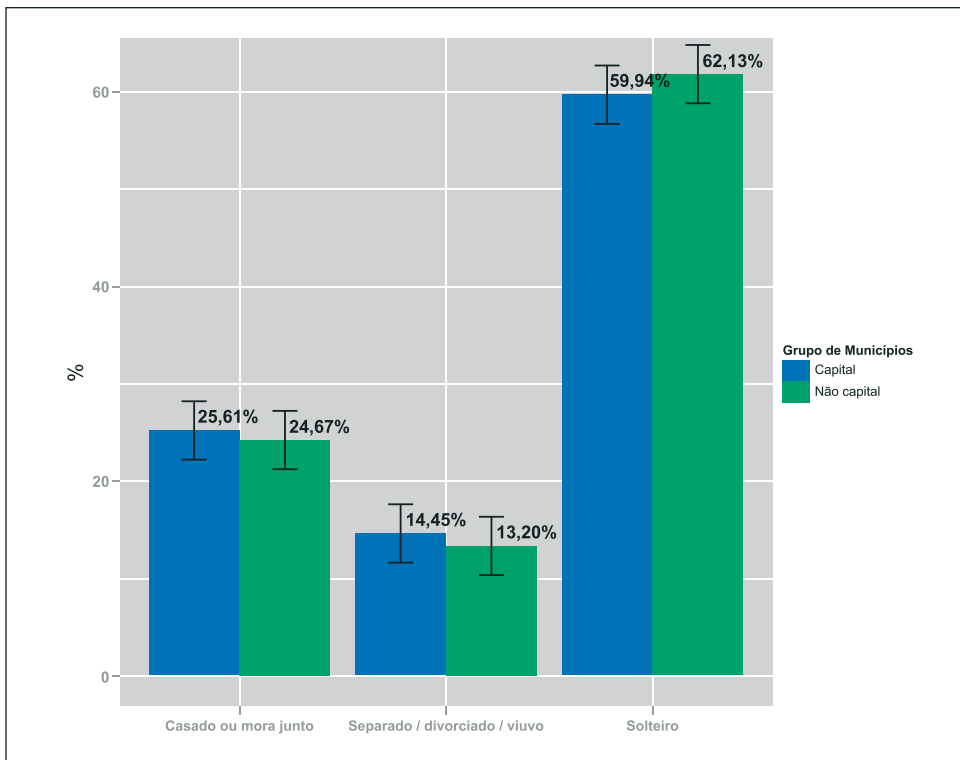


Figura 8:
Situação conjugal dos usuários de crack e/ou similares por grupo de municípios, 2012

2.5. Escolaridade

A proporção de usuários no Brasil que cursaram/concluíram o Ensino Médio (16,49 [IC95%: 14,26-19,00]) se mostrou baixa, além da baixíssima proporção de usuários com Ensino Superior (2,35% [IC95%: 1,62-3,39]). Tais achados evidenciam que a população pesquisada difere substancialmente daquela que é objeto dos inquéritos escolares sobre drogas (que apontam para a relevância de outros problemas associados ao uso abusivo de substâncias psicoativas, como o abuso de álcool, maconha, remédios, mas não do crack, entre os alunos do ensino médio e superior) (Sanchez et al., 2013).

2.6. Moradia

Não se pode afirmar de maneira simplista que os usuários de crack e/ou similares são uma população de/na rua, mas é expressiva a proporção de usuários que se encontram nesta situação – aproximadamente 40% (IC95%: 34,18-44,14) dos usuários no Brasil se encontravam em situação de rua no momento da pesquisa (Figura 11). Isso não quer dizer que esse contingente expressivo, necessariamente, morava nas ruas, mas que nelas passava a maior parte do seu tempo (não estando, portanto, acessível a inquéritos domiciliares que, em consonância com os

Cabe observar, no entanto, que a ampla maioria dos usuários esteve em algum momento na escola (Figura 9 e 10), reforçando assim a importância de programas de prevenção em âmbito escolar a serem implementados desde os níveis iniciais de escolarização, e a necessidade de atuar tanto em relação a envidar esforços no sentido de manter estas populações nas escolas (ou seja, reduzir a evasão escolar), de modo que obtenham uma formação adequada, quanto a aumentar a capacidade das escolas em lidar com uma população às voltas com problemas psicossociais relevantes.

preceitos éticos, autorizam entrevistas domiciliares em horários habitualmente designados como “comerciais”, ou seja, com a exclusão de noites e madrugadas).

Cabe ainda observar que existe aí uma circularidade dos achados, que é inevitável, pois a pesquisa se voltou, de forma explícita e deliberada, para usuários no contexto de cenas abertas. Portanto, como dito anteriormente, indivíduos que fazem uso exclusivo de crack em locais privados e não mantêm relação direta com locais de venda estão, por definição, excluídos da presente

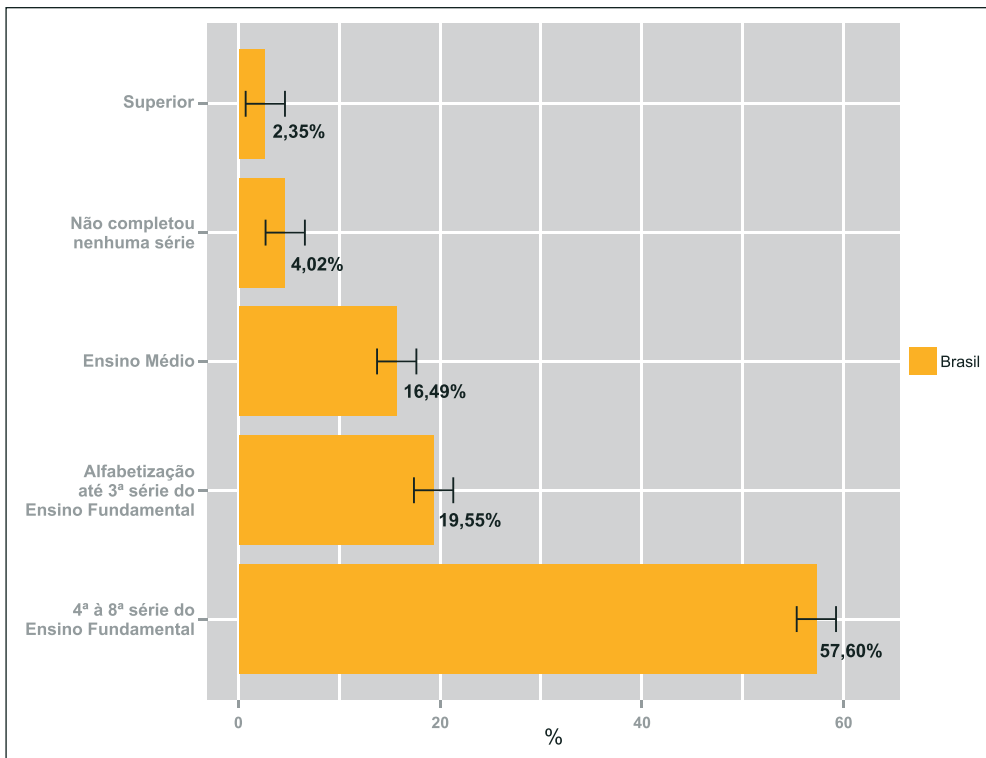


Figura 9:
Escolaridade dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

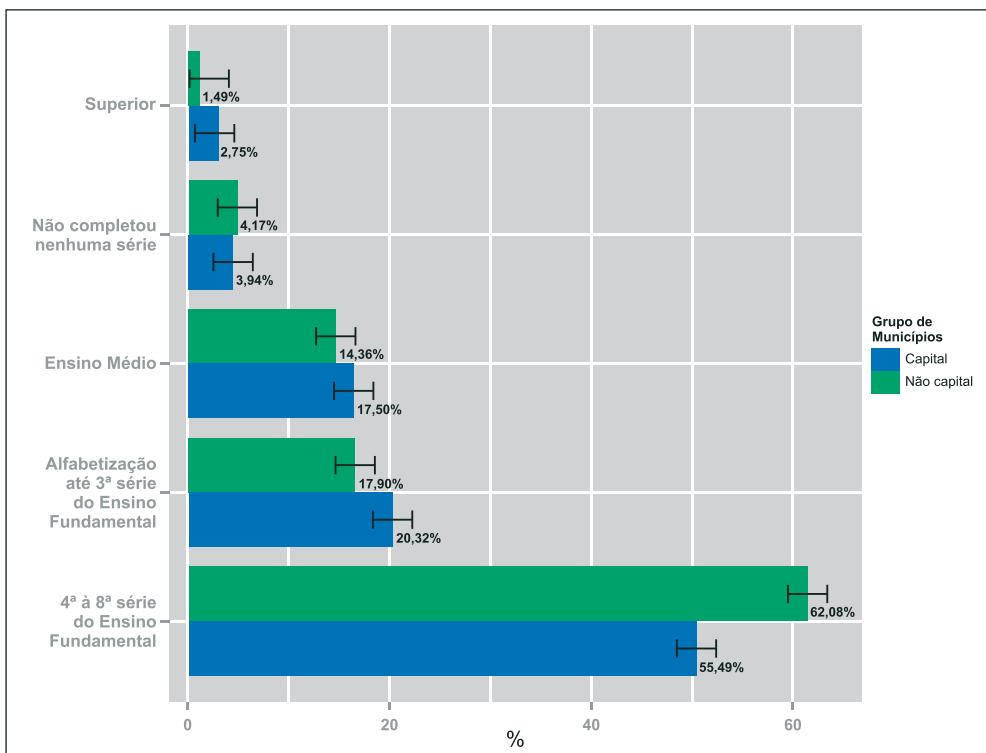


Figura 10:
Escolaridade dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

pesquisa. Nesse sentido, a estratégia sobrerrepresenta, de modo claro, indivíduos que no momento de visita às cenas nelas se encontravam, seja para adquirir a droga ou consumi-la. No entanto esta era exatamente a população até então desconhecida, na sua dimensão nacional, e que chamava a atenção da opinião pública, dos meios de comunicação e das autoridades, população esta que determinou a pergunta central sobre quem eram tais indivíduos, e a estratégia escolhida para respondê-la.

Comparando-se os indivíduos recrutados nas capitais com aqueles provenientes dos demais municípios do país, observou-se uma diferença estatisticamente significativa, ao nível de 5% de significância, entre as proporções de indivíduos em diferentes situações de moradia, nestes dois grupos de municípios. Nas capitais, 47,28% (IC95%: 42,85-

51,76) dos usuários estavam em situação de rua, enquanto que nos demais municípios essa proporção foi de, aproximadamente, 20% (IC95%: 15,19-29,64), o que documenta uma questão comum em todos os fenômenos urbanos – a pronunciada variação em decorrência da natureza própria do tecido urbano, sua dinâmica social e suas características e especificidades econômicas e culturais. Assim, os usuários dos municípios que não eram capitais evidenciaram um vínculo mais estreito com seus domicílios (de origem e/ou escolha) do que os usuários das capitais. Isso pode ser observado na Figura 12, onde verifica-se que, nas capitais, 30,00% (IC95%: 26,76-33,46) dos usuários disseram residir em suas casas ou de familiares, enquanto que nos demais municípios essa proporção correspondeu a quase metade dos usuários oriundos destes locais, 49,86% (IC95%: 42,04-57,68).

2.7. Formas de obtenção de dinheiro

A forma mais comum de obtenção de dinheiro relatada pelos usuários de crack e/ou similares no Brasil compreende trabalho esporádico ou autônomo, correspondendo a cerca de 65% (IC95%: 61,67-67,99).

É importante notar a frequência elevada do relato de sexo em troca de dinheiro/drogas – 7,46% (IC95%: 5,60-9,88), quando comparada à população geral, onde a proporção estimada de profissionais do sexo é inferior a 1% (PCAP, 2008). Portanto, o sexo comercial é uma fonte relevante de renda nessa população, com diferenças marcadas por sexo, embora não em consonância com observações assistemáticas, mas frequentes na sociedade, que chegam a atribuir à prática de sexo comercial o financiamento integral do hábito de consumo entre as mulheres.

Atividades ilícitas, como o tráfico de drogas e furtos/roubos e afins, foram relatadas por uma minoria dos usuários entrevistados, 6,42% (IC95%: 4,28-9,53) e 9,04% (IC95%: 7,11-11,42), respectivamente. Mesmo assim, não se observou serem essas a fonte de renda principal dos usuários de crack e/ou similares, segundo o

informado. Cabe aqui ressaltar que provavelmente existe aqui uma subenumeração dessas atividades ilícitas, embora não seja possível estimar em que medida isso ocorreria. Essa proporção relativamente baixa de inserção em atividades ilícitas não se coaduna com o que é referido em termos do histórico de detenções e prisões do conjunto dos entrevistados, mas é impossível em um estudo desta natureza compreender em maior detalhe a influência das diversas variáveis contextuais (tais como as políticas de segurança pública e ações da polícia e do judiciário em cada contexto de tráfico e uso).

Apesar de não ter sido observada diferença estatisticamente significativa, a proporção de usuários dos municípios provenientes de não-capitais que tinham como principal fonte de renda o trabalho com carteira assinada foi mais elevada do que a dos usuários das capitais: 7,17 (IC95%: 4,37-11,57) e 2,80 (IC95%: 1,71-4,55), respectivamente.

Observa-se também que, no Brasil, tanto nas capitais quanto nas não-capitais, a renda proveniente de esmoelas é a segunda mais frequentemente mencionada dentre as fontes de obtenção de dinheiro (Tabelas 1 e 2).

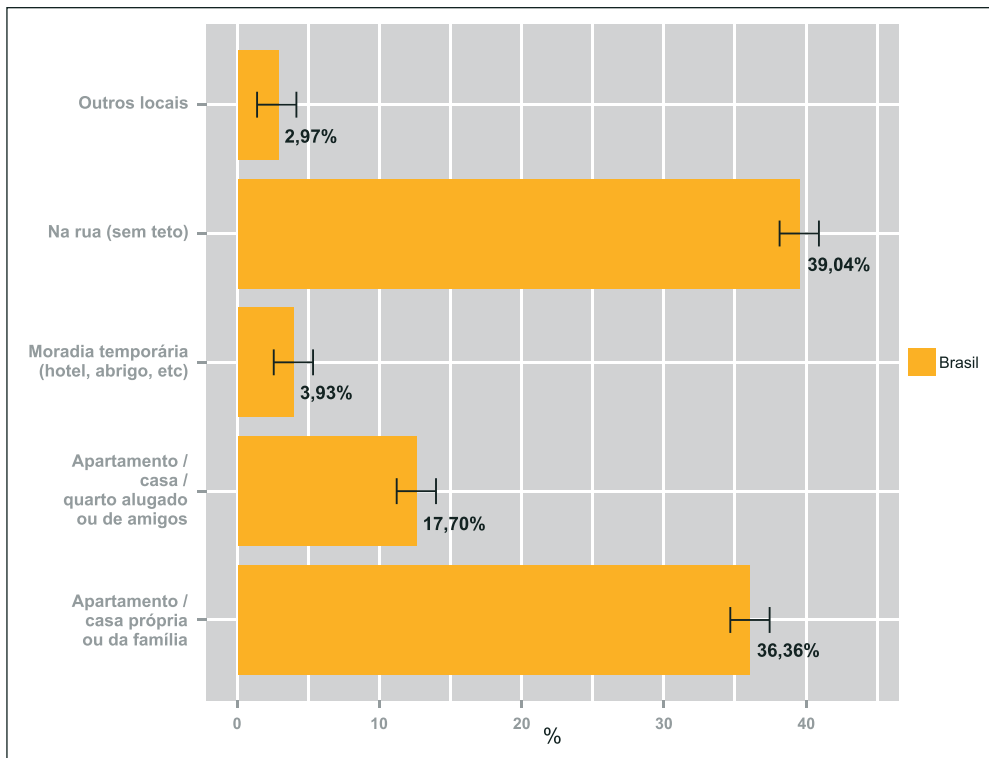


Figura 11:
Moradia nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

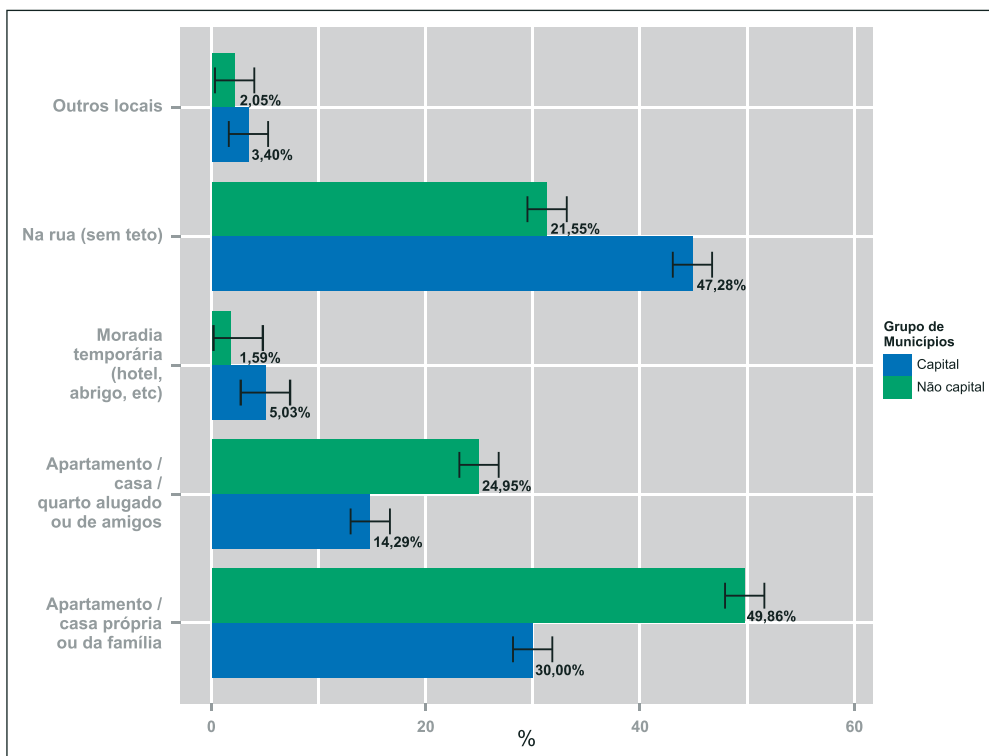


Figura 12:
Moradia nos últimos 30 dias anteriores à pesquisa dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

Tabela 1: Fonte de renda dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Fonte de renda nos últimos 30 dias			
Trabalho por conta própria/autônomo ou trabalho esporádico/bicos	64,9	61,67	67,99
Pedir esmolas	12,8	10,48	15,55
Família/parceiro(a)/amigos (empréstimos / presentes)	11,27	9,31	13,59
Atividade ilícita (outra que não tráfico de drogas. Como: furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatário, etc)	9,04	7,11	11,42
Trabalho regular sem carteira assinada	8,19	6,53	10,24
Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro	7,46	5,6	9,88
Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas	6,42	4,28	9,53
Renda de Assistência/Benefício (assistencia social, seguro, previdência desemprego, benefício por doença)	5,4	4,15	7,02
Trabalho regular com carteira assinada	4,2	2,89	6,06

Tabela 2: Fonte de renda dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Fonte de renda nos últimos 30 dias						
Trabalho por conta própria/autônomo ou trabalho esporádico/bicos	67,57	63,53	71,36	59,21	55,51	62,82
Pedir esmolas	13,38	10,87	16,36	11,58	7,09	18,36
Família/parceiro(a)/amigos (empréstimos / presentes)	10	7,88	12,61	13,98	10,57	18,27
Atividade ilícita (outra que não tráfico de drogas. Como: furtos, roubos, fraudes, vendas de pirataria, estelionatário, etc)	8,2	6,38	10,49	10,81	6,73	16,89
Trabalho regular sem carteira assinada	7,33	5,14	10,35	10,03	8,3	12,09
Profissional do sexo ou troca de sexo por dinheiro	7,53	5,08	11,02	7,31	5,27	10,06
Preparar para o comércio, vender, participar de alguma forma da venda ou distribuição de drogas	7,79	4,85	12,28	3,5	2,29	5,31
Renda de Assistência/Benefício (assistencia social, seguro, previdência desemprego, benefício por doença)	4,58	3,27	6,37	7,16	4,8	10,57
Trabalho regular com carteira assinada	2,8	1,71	4,55	7,17	4,37	11,57

2.8. Consumo de crack e/ou similares associado a outras drogas

Os usuários de crack e/ou similares no Brasil (resaltando-se, uma vez mais, que nada podemos afirmar sobre usuários que não interagem com cenas abertas de tráfico e consumo) são, basicamente, poli-usuários, ou seja, o crack/similar é uma das drogas de um amplo “portfólio” de substâncias psicoativas que eles consomem. Observa-se forte superposição do uso de crack/similares com o consumo de drogas lícitas, sendo o álcool e o tabaco as mais frequentemente consumidas.

As tabelas 3 e 4 apresentam as proporções (e respectivos intervalos de confiança) do consumo de diferentes drogas, no último ano e nos 30 dias anteriores à entrevista, lícitas e ilícitas, entre os usuários de crack e/ou similares, no Brasil e nos grupos de municípios das capitais e não capitais.

Observa-se que o consumo do crack é mais frequente do que o consumo dos similares do crack, que são a pasta base, a merla e o oxi (este último designado como tal, mas com especificidade toxicológica discutível). Apesar de uma proporção baixa, o consumo do

oxi (tanto nos últimos 12 meses quanto nos últimos 30 dias) foi mais frequente nas capitais do que nos demais municípios, e essa diferença foi estatisticamente significativa nesses dois períodos (ou seja, não foi observada a sobreposição do intervalo de confiança de 95%).

Esses achados falam a favor da necessidade do manejo integrado de ações de tratamento para o abuso

de crack e/ou similares e também de outras drogas e, ainda, da necessidade de formular políticas públicas para todas as substâncias com potencial de abuso, por razões diversas, como a superposição das doenças respiratórias causadas pelo crack e pelo tabaco, e os efeitos sinérgicos das diferentes substâncias sobre o psiquismo, ampliando substancialmente a chance de eventos tais como *overdoses* e quadros graves de psicose exógena.

Tabela 3: Consumo de droga dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Uso de drogas nos últimos 12 meses			
Álcool	77,07	74,53	79,44
Tabaco	85,06	81,57	87,99
Maconha/Haxixe	67,32	63,45	70,96
Cocaína	47,94	43,24	52,67
Inalantes/ cola/ solvente/ tiner	21,69	18,79	24,90
Benzodiazepínico/ Diazepan, etc	10,40	8,36	12,86
Ecstasy/MDMA	3,95	2,98	5,24
LSD	3,31	2,30	4,75
Anfetaminas/remédios para emagrecer/ metanfetaminas/ ritalina	1,65	0,97	2,82
Heroína/ Metadona/ Dolantina/ ou outro opióide que não a codeína	0,84	0,59	1,18
Tylex ou outra forma de codeína	0,57	0,36	0,90
Crack	97,29	96,25	98,04
Oxi	12,35	10,25	14,82
Pasta base	9,46	7,24	12,25
Merla	7,12	5,61	9,01
Uso de drogas nos últimos 30 dias			
Álcool	70,99	68,48	73,38
Tabaco	83,97	80,54	86,90
Maconha/Haxixe	61,41	57,10	65,54
Cocaína	36,61	32,31	41,13
Inalantes/ cola/ solvente/ tiner	13,36	11,29	15,75
LSD	8,91	6,23	12,59
Benzodiazepínico/ Diazepan, etc	6,03	4,09	8,80
Anfetaminas/remédios para emagrecer/ metanfetaminas/ ritalina	1,16	0,54	2,48
Ecstasy/MDMA	1,13	0,76	1,67
Heroína/ Metadona/ Dolantina/ ou outro opióide que não a codeína	0,43	0,26	0,71
Tylex ou outra forma de codeína	0,22	0,13	0,38
Crack	95,90	94,76	96,81
Pasta base	7,09	5,18	9,64
Oxi	6,75	5,51	8,26
Merla	5,50	4,22	7,14

Tabela 4: Consumo de droga dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Uso de drogas nos últimos 12 meses						
Álcool	75,24	72,41	77,87	80,98	75,98	85,15
Tabaco	87,36	84,62	89,67	80,16	71,75	86,54
Maconha/Haxixe	67,32	63,04	71,33	67,30	59,18	74,50
Cocaína	50,10	46,37	53,83	43,44	32,29	55,29
Inalantes/ cola/ solvente/ tiner	19,48	16,71	22,59	26,30	20,11	33,58
Benzodiazepínico/ Diazepan, etc	9,60	8,01	11,46	12,05	7,36	19,09
Ecstasy/MDMA	4,19	3,08	5,67	3,46	1,81	6,52
LSD	3,47	2,36	5,07	3,00	1,30	6,73
Anfetaminas/remédios para emagrecer/ metanfetaminas/ ritalina	2,8	1,71	4,55	7,17	4,37	11,57
Heroína/ Metadona/ Dolantina/ ou outro opióide que não a codeína	1,37	0,89	2,09	2,25	0,76	6,48
Tylox ou outra forma de codeína	0,90	0,57	1,41	0,71	0,47	1,07
Tylox ou outra forma de codeína	0,57	0,34	0,96	0,58	0,24	1,36
Crack	96,42	95,12	97,39	99,12	97,34	99,71
Oxi	14,83	12,34	17,72	7,21	4,90	10,48
Pasta base	9,95	8,22	11,98	8,44	3,87	17,42
Merla	6,94	5,75	8,36	7,49	4,10	13,30
Uso de drogas nos últimos 30 dias						
Álcool	69,65	66,61	72,53	73,84	69,25	77,96
Tabaco	86,34	83,56	88,72	78,93	70,90	85,20
Maconha/Haxixe	61,16	56,30	65,82	61,91	53,18	69,93
Cocaína	38,46	34,23	42,88	32,74	24,03	42,82
Inalantes/ cola/ solvente/ tiner	13,49	11,10	16,30	13,09	9,40	17,94
LSD	8,68	5,86	12,67	9,53	4,38	19,48
Benzodiazepínico/ Diazepan, etc	4,82	3,82	6,07	8,53	3,90	17,64
Ecstasy/MDMA	1,50	1,00	2,25	0,35	0,16	0,77
Anfetaminas/remédios para emagrecer/ metanfetaminas/ ritalina	0,95	0,54	1,67	1,59	0,34	7,23
Heroína/ Metadona/ Dolantina/ ou outro opióide que não a codeína	0,52	0,29	0,93	0,25	0,11	0,58
Tylox ou outra forma de codeína	0,28	0,15	0,50	0,10	0,04	0,27
Crack	95,36	93,87	96,50	97,06	95,16	98,23
Oxi	8,30	6,83	10,05	3,53	2,34	5,30
Pasta base	7,53	6,34	8,93	6,19	2,29	15,68
Merla	5,16	4,16	6,39	6,20	3,32	11,27

2.9. Motivação subjacente ao consumo

Quando questionados sobre os motivos que os levaram a consumir pela primeira vez o crack e/ou similares, mais da metade dos usuários do Brasil disse que tal consumo ocorreu por conta da vontade/curiosidade que tiveram de experimentar/sentir o efeito da droga (58,28% [IC95%: 55,21-61,28]). Problemas familiares ou perdas afetivas foram o

motivo principal para início do uso do crack e/ou similares relatado por 29,19% dos usuários (IC95%: 26,67-31,84), e a pressão/influência de amigos foi relatada por 26,73% (IC95%: 23,94-29,72) dos usuários.

Cabe ressaltar ainda que a vontade/curiosidade de usar a droga e sentir seus efeitos, associada ao acesso facilitado às drogas (representado pelo motivo do

uso sendo “conseguiu a droga/pintou”) evidenciam a importância de enfatizar as atividades de prevenção ao risco associado ao uso, mesmo que experimental.

Apesar do preço do crack ou do similar ser inferior ao da cocaína inalada (o que foi verificado empiricamente ao longo de todo o trabalho de campo), esse diferencial não se mostrou como o motivo central para o início do consumo da droga, sendo relatado como razão para o uso inicial por menos de 2% dos usuá-

rios no Brasil (IC95%: 0,90-1,80). Portanto, o preço seria antes um fator contribuinte e de facilitação de um consumo mantido ao longo do tempo (uma vez que financiar o hábito, ao longo do tempo, de um produto mais barato, demandaria menos recursos), mas não o fator determinante do início do consumo.

Esses motivos não se mostraram significativamente diferentes entre os usuários de crack e/ou similares das capitais e nos municípios não capitais (Tabela 5).

Tabela 5: Motivo principal pelo qual os usuários relataram ter iniciado o uso de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Brasil		%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Motivo pelo qual começou a usar crack e/ou similares									
Conseguiu a droga / Sentiu vontade ou curiosidade de ter o efeito da droga	58,28	55,21	61,28	57,97	54,35	61,5	58,93	53,18	64,45
Perdas afetivas / Problemas familiares / Violência sexual	29,19	26,67	31,84	30,64	27,32	34,18	26,1	23,4	28,99
Por pressão dos amigos	26,73	23,94	29,72	24,44	21,63	27,49	31,61	25,82	38,03
Vida ruim, sem perspectivas	8,83	7,46	10,42	8,63	6,97	10,64	9,25	7,03	12,07
Perda do emprego/fonte de renda	1,56	1,08	2,25	1,38	0,92	2,08	1,93	0,95	3,87
Preço barato	1,27	0,9	1,8	0,86	0,54	1,38	2,15	1,38	3,35

2.10. Tempo médio de uso de crack e/ou similares

No Brasil, o tempo médio do uso de crack e/ou similares entre os usuários foi de 80,76 meses (IC95%: 74,46-87,07). Entre os usuários das capitais, o tempo médio de uso foi de 91,32 meses (aproximadamente 8 anos) (IC95%: 84,93-97,70), enquanto que nos demais municípios este tempo foi de, aproximadamente, 58 meses (quase 5 anos) (IC95%: 51,34-65,16), sugerindo que o uso da droga estaria se interiorizando mais recentemente. Uma explicação alternativa, e talvez complementar, é que em cidades de menor porte, o consumo é mais evidente e próximo, social e geograficamente, de instâncias de controle e eventual sanção, como família e redes sociais (o que parece claro no que diz respeito à manutenção de laços familiares e sociais, e vínculo com moradias estáveis, como mencionado anteriormente). Nesse sentido a trajetória de consumo poderia ser “encurtada” nesses contextos em função de fatores sociais e culturais.

Este achado, relativo ao tempo médio de uso, contradiz as notícias comumente veiculadas de que os usuários de crack e/ou similares teriam sobrevida necessariamente inferior a 3 anos de

consumo. Cabe observar, entretanto, que estudos seccionais não permitem inferir nada sobre óbitos ocorridos na população de usuários no período correspondente àquele compreendido pelo relato dos entrevistados. Como não dispomos no Brasil de estudos longitudinais com usuários de drogas, com exceção de estudos clínicos, com amostras extremamente diminutas, não é possível esclarecer esses pontos de forma definitiva, como vem sendo feito em cidades como Vancouver, Canadá (Fischer et al., 2006) e Baltimore, EUA (Kholza et al., 2011), onde coortes que se estenderam (e ainda seguem em acompanhamento em Vancouver) por décadas, congregaram milhares de usuários recrutados, entrevistados, testados para diferentes infecções e agravos e acompanhados.

Nestas análises referentes ao tempo de uso destas drogas, limitamos o número máximo de meses a 360, para que a média não fosse influenciada por valores muito altos (*outliers*), que por muitas vezes não se mostram plausíveis, pois extrapolam o tempo de circulação do produto nesses contextos.

Tabela 6: Tempo de uso (em meses) que os usuários consomem crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	Média	Erro padrão	Brasil		Média	Erro padrão	Capital		Média	Erro padrão	Não capital	
			IC95%				IC95%				IC95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Tempo (em meses) que usa crack e/ou similares*	80,76	3,21	74,46	87,07	91,32	3,26	84,93	97,70	58,25	3,52	51,34	65,16

*topcode=360

2.11. Padrões de uso de crack e/ou similares

No Brasil, os usuários de crack e/ou similares referem consumir, num dia “normal” (padrão) de uso, 13,42 pedras/porções destas drogas (IC95%: 11,97-14,88). Obviamente, não há como definir de forma minimamente precisa o peso em gramas e conteúdo do que cada usuário denomina “pedra”. Existe aí, portanto, uma subjetividade intrínseca às definições utilizadas pelos próprios usuários. Tal dúvida não pode ser esclarecida por estudos exclusivamente observacionais, e exigiria a conjugação de inquéritos epidemiológicos, apreensões pactuadas e estudos toxicológicos. Em um mercado ilícito e controlado por facções criminosas, a operacionalização de tais estudos integrados se mostra extremamente difícil, mas não impossível, como aconteceu em Hamburgo, Alemanha, nos anos 90, na vigência do plano municipal de redução das mortes por *overdoses*, que contou com a participação das autoridades de Saúde, da Segurança Pública e dos representantes dos próprios usuários de drogas¹.

Observou-se a não sobreposição dos intervalos de confiança dos números médios de pedras/porções de cracke/ou similares consumidas por usuários recrutados nas capitais e demais municípios. Isto significa que os usuários das capitais disseram consumir uma quantidade estatisticamente maior destas drogas do que os usuários das não capitais: 14,66 pedras (IC95%:

12,76-16,57) e 10,83 (IC95%: 9,45-12,21), respectivamente (Tabela 7). Aqui, o número máximo de pedras/porções fixados para as análises foi de 100 pedras, excluindo-se assim os *outliers*, que refletem evidentes erros de informação, devido à impossibilidade de estender o consumo além de determinados limiares, sem que isso leve a óbito; com isso, minimizando eventuais distorções nos valores encontrados.

A frequência elevada, especialmente nas capitais, onde também se concentram cenas de maior porte com, por exemplo, 200 usuários, sugere que a operação de uma cena de grande porte se traduz numa circulação e consumo de 3.000 pedras/dia, ou mesmo, 3.000 pedras/turno, considerando que a circulação de usuários se renova por turnos. Um mercado dessa magnitude exige circulação intensa, que atravessa redes dinâmicas de comércio local da droga e uma (ou mais de uma) interface com o mercado atacadista de pasta base, considerando que a fabricação do crack é artesanal, e não se dá em grandes laboratórios de refino, como no caso da cocaína em pó, como evidenciado em estruturas criminais cartelizadas, segundo sucessivos relatórios do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC) e agências similares. Esses dados reforçam a importância da continuidade do controle do tráfico de drogas nas fronteiras, além do controle de precursores (este último especialmente complexo em se tratando de um mercado fragmentado e dinâmico, como o do crack).

¹ Tais iniciativas, em boa medida, exitosas, não se mostraram isentas de impasses e conflitos, como nas mais diferentes sociedades, em todo o mundo. Ver: Fischer B. Drugs, communities, and “harm reduction” in Germany: the new relevance of “public health” principles in local responses. *J Public Health Policy* 1995;16(4):389-411.

Tabela 7: Número de pedras/porções de crack e/ou similares que os usuários consomem por dia, por grupo de municípios, 2012

	Média	Erro padrão	Brasil		Média	Erro padrão	Capital		Média	Erro padrão	Não capital	
			IC95%				IC95%				IC95%	
			Inferior	Superior			Inferior	Superior			Inferior	Superior
Números de pedras / porções de crack e/ou similares**	13,42	0,74	11,97	14,88	14,66	0,97	12,76	16,57	10,83	0,70	9,45	12,21

**topcode=100

Mais da metade dos usuários no Brasil referiu um padrão de consumo diário de crack/similares, embora o consumo de pedras/dia tenha frequência bastante variável. Disseram usar crack e/ou similares todos os dias, na mesma quantidade, 12,42% dos usuários (IC95%: 10,60-14,51) e 56,30% referiram usar todos os dias, porém com quantidades variadas (IC95%: 52,11-60,41). Na Tabela 8 podemos verificar ainda as diferenças nas proporções desta frequência nas capitais e não capitais. Uma maior proporção de usuários

oriundos de municípios que não as capitais disseram conseguir fazer uso controlado do crack e/ou similares (23,62% [IC95%: 18,89-29,10]), e essa proporção foi estatisticamente superior, ao nível de 5%, à encontrada nas capitais, que foi de 13,49% (IC95%:11,63-15,59). Também aqui, o conceito de “uso controlado” é atinente aos pontos de vista dos próprios usuários, e não tem uma tradução clínica, uma vez que não foram aplicadas escalas que poderiam mensurar gravidade de consumo, como o *Addiction Severity Index* (ASI).

Tabela 8: Frequência do uso de crack e/ou similares pelos usuários, por grupo de municípios, 2012

	%	Brasil		%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Frequência do uso do crack e/ou similares									
Usa todo dia a mesma quantidade	12,42	10,60	14,51	12,48	10,38	14,95	12,29	9,06	16,47
Usa todo dia, uns dias mais, uns dias menos	56,30	52,11	60,41	59,32	55,14	63,36	49,91	40,87	58,96
Só usa de vez em quando, e usa enquanto tiver, sem controle nenhum	14,54	11,99	17,52	14,71	11,51	18,62	14,17	10,46	18,93
Só usa de vez em quando, e controla o uso mesmo quando sai para usar	16,73	14,67	19,02	13,49	11,63	15,59	23,62	18,89	29,10

Quando analisado o histórico de uso de crack e/ou similares desses usuários, observou-se que a grande maioria deles disse já ter ficado pelo menos um período de um mês sem consumir tais drogas. Na amostra referente ao Brasil, essa proporção foi de 61,31% (IC95%: 56,73-65,70). Tal proporção de mostrou mais elevada nas capitais do que nas não-capitais, com diferença estatisticamente significativa, ao nível de 5% de significância. Nas capitais, 67,76% dos usuários (IC95%: 64,40-70,94) disseram já ter ficado pelo menos um mês sem consumir crack e/ou similares, e nos demais municípios esse percentual foi inferior, 47,55% (IC95%: 39,30-55,93). Tais valores podem ser visualizados nas Figuras 13 e 14 dispostas a seguir. Esta interrupção no uso do crack

e/ou similares pode estar relacionada à entrada em tratamento para dependência química, à redução de danos (por determinação própria e/ou influência de programas), ou até mesmo a uma decisão espontânea de não consumir estas drogas por um dado período ou interrompê-lo definitivamente (busca da abstinência), com eventual recaída em momento subsequente.

A vontade de realizar um tratamento para dependência química foi manifestada por 77,23% dos usuários (IC95%: 74,73-79,55). Entre os usuários de crack e/ou similares das capitais, esse desejo foi expresso por 77,97% dos usuários (IC95%: 75,28-80,45), e nos municípios que não capitais essa proporção foi de 75,65% (IC95%: 69,76-80,71).

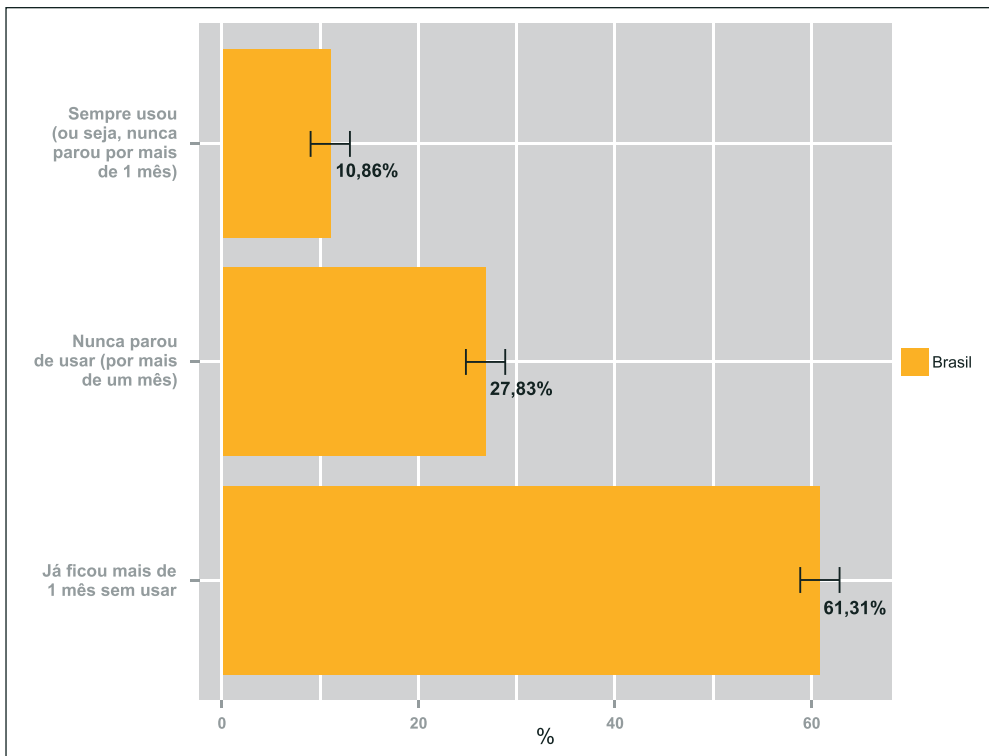


Figura 13:

Histórico do uso de crack e/ou similares dos usuários, Brasil, 2012

Mais de 70% dos usuários de crack e/ou similares no Brasil (IC95%: 67,61-74,20) disseram compartilhar os aparelhos utilizados para o uso destas drogas (Figura 15). Achado preocupante, pois esse compartilhamento pode

estar associado à transmissão de infecções, especialmente as hepatites virais. Não foi observada diferença estatisticamente significativa, ao nível de 5%, destas proporções encontradas nas capitais e nas não-capitais (Figura 16).

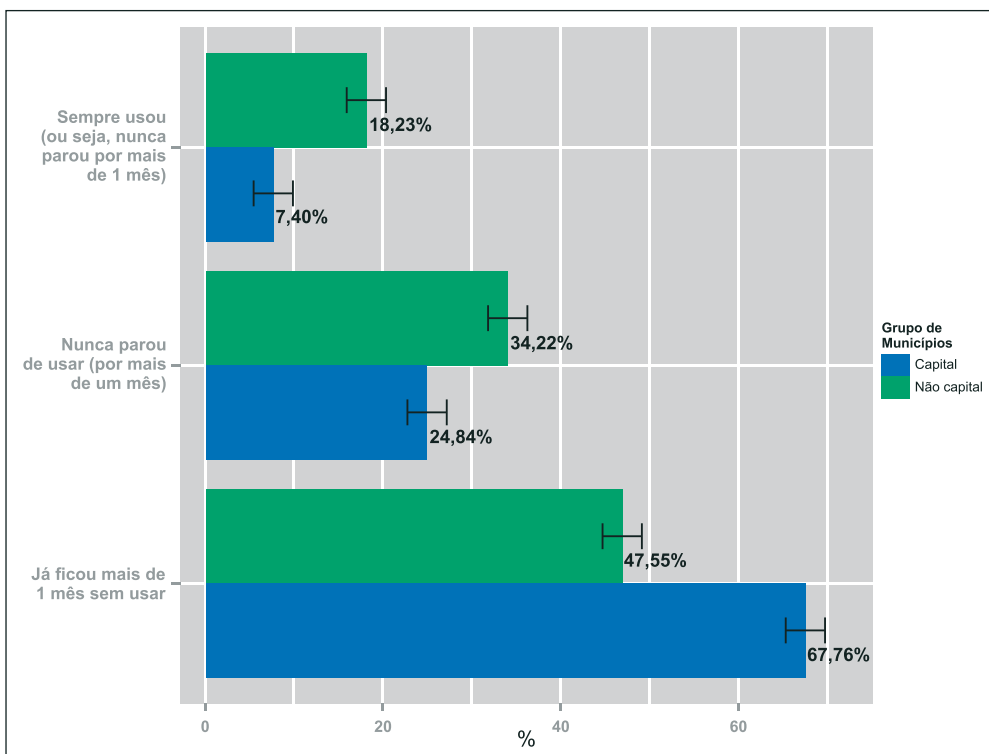


Figura 14:

Histórico do uso de crack e/ou similares dos usuários, por grupo de municípios, 2012

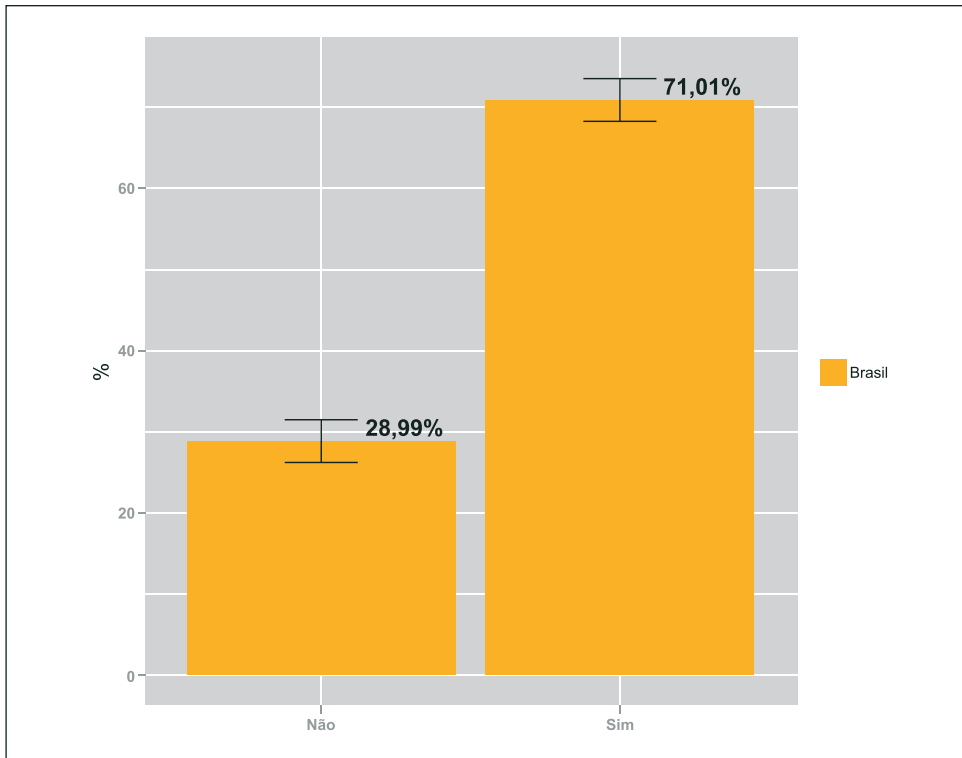


Figura 15:
Compartilhamento de apetrechos para uso de crack e/ou similares, Brasil, 2012

Dentre os usuários de crack e/ou similares do Brasil, 74,94% (IC95%: 70,27-79,09) relataram usar a droga em cachimbos, 51,80% (IC95%: 47,83-55,75) em lata de cerveja/refrigerante, e 28,29% (IC95%: 22,98-34,28) relataram usar a droga em copo plástico (com tampa de alumínio). Com relação às latas e alguns materiais para a produção dos cachimbos, cabe observar a gravidade da questão da contaminação por metais pesa-

dos, além do risco de queimaduras e lesões nos lábios.

Comparando-se os aparatos usados para consumo do crack e/ou similares nas capitais e nas não capitais, observou-se diferença estatisticamente significativa, ao nível de 5%, apenas quanto ao uso em cachimbos. Esta forma foi mais prevalente nas capitais do que nos demais municípios, sendo 80,48% (IC95%: 77,41-83,23) e 63,19% (IC95%: 52,85-72,44), respectivamente (Tabela9).

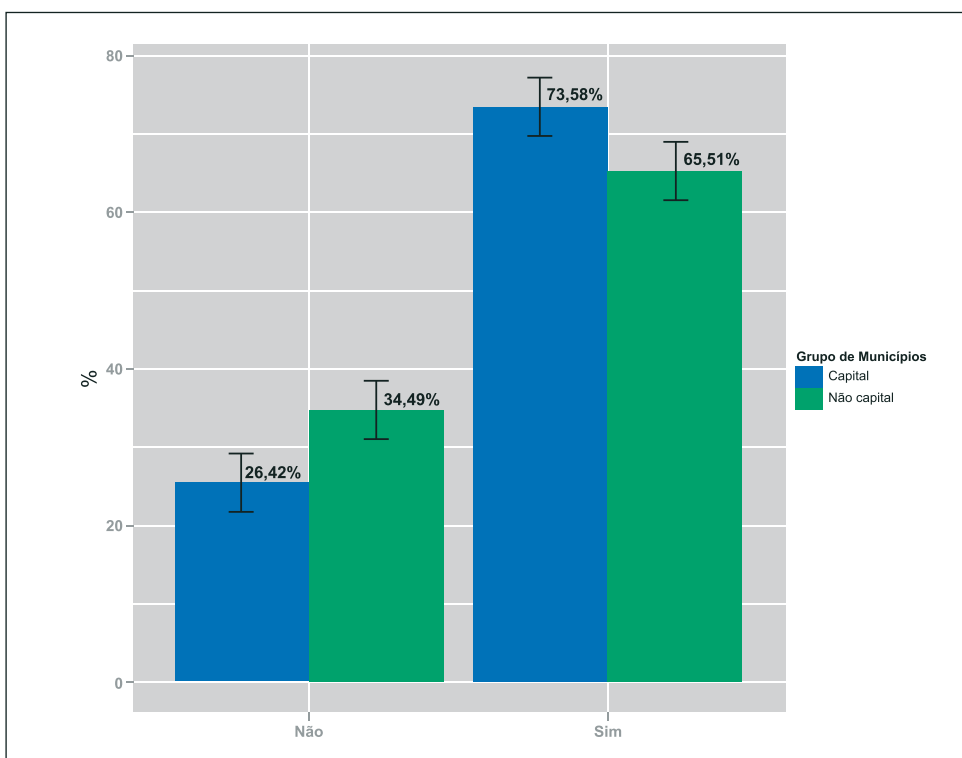


Figura 16:
Compartilhamento de apetrechos para uso de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

Tabela 9: Formas de consumo do crack e/ou similares pelos usuários, por grupo de municípios, 2012

	%	Brasil		%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Usa crack e/ou similares em cigarro, misturado com tabaco									
Não	67,76	63,71	71,57	63,88	60,02	67,57	75,72	68,15	81,96
Sim	32,24	28,43	36,29	36,12	32,43	39,98	24,28	18,04	31,85
Usa crack e/ou similares com maconha (em baseado/pitilho/desirré/zirré)									
Não	60,61	56,03	65,01	60,69	56,19	65,02	60,44	49,93	70,06
Sim	39,39	34,99	43,97	39,31	34,98	43,81	39,56	29,94	50,07
Usa crack e/ou similares em lata (de refrigerante ou cerveja)									
Não	48,20	44,25	52,17	50,02	46,10	53,95	44,49	36,46	52,81
Sim	51,80	47,83	55,75	49,98	46,05	53,09	55,51	47,19	63,54
Usa crack e/ou similares em copo de plástico									
Não	71,71	65,72	77,02	76,44	72,10	80,29	61,86	46,51	75,16
Sim	28,29	22,98	34,28	23,56	19,71	27,90	38,14	24,84	53,49
Usa crack e/ou similares em cachimbo									
Não	25,06	20,91	29,73	19,52	16,77	22,59	36,81	27,56	47,15
Sim	74,94	70,27	79,09	80,48	77,41	83,23	63,19	52,85	72,44

Observamos que, diferentemente dos dados internacionais, os usuários brasileiros não são (em sua ampla maioria) ex-usuários de drogas injetáveis. Dentre os usuários de crack e/ou similares no Brasil, apenas 9,21% (IC95%: 7,67-11,02) referiram ter feito uso anterior de droga intravenosa. As proporções de uso injetável de drogas nas capitais e não capitais foram

similares, ou seja, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas, ao nível de 5% (Tabela 10). O uso de drogas injetáveis determina padrões de adoecimento inteiramente diversos do uso de cocaína fumada, com taxas substancialmente elevadas de patógenos de transmissão sanguínea quase exclusiva (como o vírus da hepatite C) ou predominante (HIV).

Tabela 10: Uso de drogas injetáveis na vida pelos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Brasil		%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Usa drogas injetáveis na vida									
Sim	9,21	7,67	11,02	10,02	8,19	12,20	7,51	4,96	11,22
Não	90,79	88,98	92,33	89,98	87,80	91,81	92,49	88,78	95,04

2.12. Intoxicação Aguda - *Overdose*

Entre os usuários de crack e/ou similares, 7,82% (IC95%: 5,75-10,56) afirmaram que nos 30 dias anteriores à pesquisa haviam tido episódios de intoxicação aguda. Embora a autopercepção do que é, de fato, *overdose* seja bastante difícil e imprecisa frente a diversos outros problemas de saúde (por exemplo, outros problemas respiratórios e cardiovasculares graves, como pneumonias), é expressiva a proporção

de usuários que relataram ter vivenciado tal experiência. Destes, 44,72% (IC95%: 33,40-56,62) disseram ter ocorrido a *overdose* em função do uso excessivo do crack; e 22,40% (IC95%: 14,90-32,25) em decorrência do abuso do álcool (Tabela 11). A questão é grave, com um imenso impacto potencial para a atenção de urgência/emergência no âmbito do SUS, em termos de diagnóstico diferencial das diversas emergências e seu manejo adequado.

Tabela 11: *Overdose* em usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Brasil		%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Overdose nos últimos 30 dias									
Sim	7,82	5,75	10,56	8,42	5,86	11,96	6,55	3,68	11,39
Não	92,18	89,44	94,25	91,58	88,04	94,14	93,45	88,61	96,32
Droga que causou overdose nos últimos 30 dias									
Álcool	22,40	14,90	32,25	22,71	13,55	35,52	21,52	12,14	35,24
Cocaína	12,78	5,69	26,25	13,48	4,77	32,68	10,78	6,30	17,83
Crack	44,72	33,40	56,62	46,71	33,51	60,38	39,03	20,30	61,66
Oxi, merla ou pasta base	5,13	2,95	8,78	5,12	2,54	10,02	5,16	2,36	10,91
Heroína	0,09	0,02	0,41	0,10	0,02	0,59	0,09	0,01	0,68
Benzodiazepínicos	2,49	0,33	16,44	-	-	-	9,63	1,07	51,24
Outra	1,37	0,64	2,92	0,96	0,32	2,87	2,54	1,21	5,22
Mistura de drogas	9,60	6,05	14,92	10,09	5,95	16,60	8,20	2,96	20,72
Não sabe	0,78	0,22	2,75	0,45	0,12	1,59	1,72	0,22	12,16
Recusou	0,63	0,20	1,98	0,38	0,11	1,37	1,34	0,21	8,07

2.13. Aspectos Jurídico-criminais

O histórico criminal dos entrevistados não foi objeto central da pesquisa. Contudo, verificou-se que quase metade dos usuários de crack e/ou similares (48,80%) já havia sido presa pelo menos uma vez na vida (IC95%: 45,09- 52,52). Aqui, não podemos assumir que à época da prisão esses indivíduos já eram usuários de drogas ou iniciaram

o uso após saírem da prisão, ou até mesmo quando do cumprimento de suas penas.

O histórico de prisão na vida foi mais frequente (sem sobreposição dos intervalos de confiança) nas capitais do que nos demais municípios. Os percentuais foram, respectivamente, 56,01% (IC95%: 52,32-59,63) e 33,43% (IC95%: 29,30-37,83) (Tabela 12).

Tabela 12: Prisão, alguma vez na vida, entre os usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Brasil		%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Prisão alguma vez na vida									
Sim	48,80	45,09	52,52	56,01	52,32	59,63	33,43	29,30	37,83
Não	51,20	47,48	54,91	43,99	40,37	47,68	66,57	62,17	70,70

Entre os usuários de crack e/ou similares do Brasil, 41,63% (IC95%: 37,69-45,69) relataram ter sido detidos pelo menos uma vez no último ano. Ressaltamos que a definição de detenção utilizada na pesquisa foi “ter permanecido menos de 1 dia na delegacia”. Entre os usuários que disseram já terem sido detidos, um terço disse que foi devido ao uso ou posse de drogas (30,97% [IC95%: 27,46-34,72]). E essa proporção foi similar nas capitais e nos demais municípios.

Outros motivos de detenção que se destacaram entre os usuários de crack e/ou similares detidos no Brasil foram: assalto/roubo – 20,40% (IC95%: 17,08-24,17), furto/fraude/invasão de domicílio – 19,43% (IC95%: 16,25-23,06), agressão/brigas/violência doméstica – 13,95% (IC95%: 10,59-18,16) e tráfico ou produção de drogas – 11,36% (IC95%: 9,13-14,06) (Tabela 13).

Tabela 13: Detenção no último ano entre os usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Brasil		%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Detenção no último ano									
Sim	41,63	37,69	45,69	44,01	39,86	48,26	36,57	28,34	45,66
Não	58,37	54,31	62,31	55,99	51,74	60,14	63,43	54,34	71,66
Motivo de detenção no último ano (dentre os que foram detidos)									
Uso ou posse de droga	30,97	27,46	34,72	30,13	26,01	34,60	33,10	27,20	39,60
Assalto, roubo	20,40	17,08	24,17	21,42	17,29	26,22	17,79	13,45	23,15
Furto, fraude, invasão de domicílio	19,43	16,25	23,06	16,55	13,75	19,80	26,78	19,31	35,85
Agressão/briga/ violência doméstica	13,95	10,59	18,16	12,88	9,58	17,09	16,70	9,78	27,04
Outro motivo	13,61	10,57	17,36	15,10	11,40	19,73	9,80	5,90	15,85
Tráfico / Produção de drogas	11,36	9,13	14,06	10,18	7,67	13,37	14,39	10,69	19,10
Homicídio	4,56	3,33	6,20	4,73	3,32	6,70	4,11	2,09	7,94
Prostituição ou cafetinagem (incluindo casa de prostituição)	1,71	0,92	3,16	1,82	0,84	3,90	1,43	0,63	3,21
Violação da condicional/ de ordem de tratamento/ sob fiança	0,64	0,23	1,78	0,38	0,20	0,74	1,28	0,24	6,55

3. Considerações Finais

Os achados apresentados neste capítulo traçam um perfil abrangente dos usuários de crack e/ou similares do país que usam tais drogas em cenas de uso públicas/abertas. De modo geral, temos que os usuários de crack e/ou similares são, em sua maioria, homens, jovens, pouco escolarizados, que estão vivendo em situação de rua, e que não tem emprego/renda fixa. Sendo assim, apresentam-se como um grupo bastante vulnerável socialmente.

Muito do que foi apresentado aqui já era de senso comum, porém, não havia qualquer estudo científico de âmbito nacional que embasasse tais informações. Mas, alguns dos resultados mostraram-se distintos do que é habitualmente veiculado, como o tempo de uso que estes usuários consomem tais

substâncias, e o desejo relatado pela maioria dos usuários de ingressarem em um tratamento para dependência química.

Os resultados dessa pesquisa podem servir para balizar ações e programas a serem desenvolvidos e aprimorados para esta população. O sucesso das ações não pode ser visto apenas em função da redução do número de usuários. O que deve-se priorizar é a redução de número de usuários dependentes e com problemas decorrente do consumo de drogas. Deseja-se que os indivíduos, independentemente do consumo de drogas, lícitas e/ou ilícitas, possam viver em sociedade, atingindo o bem estar social, pessoal e familiar, sendo capazes de se manter economicamente ativos e gozar dos seus direitos como cidadãos brasileiros.

Referências

Carlini EA, Galduróz JC, Noto AR, Carlini CM, Oliveira LG, Nappo AS, Moura YG, Sanchez ZVDM. II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. São Paulo: Páginas & Letras, 2007. v. 01. 472 p.

PCAP 2008. Pesquisa de conhecimentos atitudes e práticas da população brasileira, 2008. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/pcap-2008>>

Fischer B, Rehm J, Patra J, Kalousek K, Haydon E, Tyndall M, El-Guebaly N. Crack across Canada: Comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. *Addiction* 2006; 101(12):1760-70.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br>>.

Khosla N, Juon HS, Kirk GD, Astemborski J, Mehta SH. Correlates of non-medical prescription drug use among a cohort of injection drug users in Baltimore City. *Addict Behav* 2011; 36(12):1282-7.

Sanchez ZM, Nappo SA, Cruz JI, Carlini EA, Carlini CM, Martins SS. Sexual behavior among high school students in Brazil: alcohol consumption and legal and illegal drug use associated with unprotected sex. *Clinics (Sao Paulo)* 2013; 68(4):489-94.

Capítulo 5

Comportamentos de risco e prevalências para a infecção pelo HIV (vírus da AIDS), vírus da Hepatite C e Tuberculose na população usuária de crack e/ou similares no Brasil: Achados do inquérito nacional de crack

*Carolina Coutinho, Emilia Jalil, Neilane Bertoni e Francisco Inácio Bastos
em nome do grupo de Pesquisa "Inquérito Epidemiológico"*

1. Introdução

A população de usuários de drogas, de maneira geral, é descrita como uma população sob risco ampliado com relação a diferentes agravos de natureza infecciosa, em associação com seus diferentes padrões e hábitos de consumo, e das respectivas vias de autoadministração das diferentes drogas, além dos contextos adversos em que estão habitualmente inseridos estes usuários (Bastos et al., 2009; Macías et al., 2008; Malta et al., 2010; Bertoni et al., 2011). Em função da complexa inter-relação entre esses fatores, podemos verificar taxas mais elevadas de infecção do que aquelas observadas na população em relação a:

- a) patógenos de transmissão sexual – em função de uma frequência relevante de comportamentos de risco e prática do sexo desprotegido;
- b) patógenos de transmissão sanguínea – quando existir uso compartilhado (de forma direta ou indireta) de drogas autoadministradas pela via injetável;
- c) patógenos de veiculação hídrica – nos casos em que a substância a ser injetada for diluída em água contaminada;
- d) patógenos de transmissão interpessoal que não exigem contato íntimo – a depender dos contextos em que se congregam tais usuários (cenas de uso), da maior ou menor aglomeração de pessoas infectadas nesses locais e das condições mais ou menos salubres em que estão inseridos.

Não existe uma definição clara quanto a um eventual risco ampliado em termos de patógenos transmitidos por vetores, o que dependerá de cada patógeno, vetor e respectivos ciclos e dinâmica de transmissão.

Além disso, os usuários que fazem uso abusivo e dependente de álcool e outras drogas estão muitas vezes com sua imunidade comprometida (Curtis et al., 2013) em função de fatores diversos, como condições inadequadas de moradia, má nutrição, baixa aderência a programas de rastreamento de infecções/doenças graves (como câncer cervical, associado à infecção pelo papilomavírus humano, e infecção crônica pelos vírus das hepatites B e C) e vacinação (por exemplo, para a prevenção da hepatite B¹), estando, por esse motivo, em geral, mais suscetíveis às infec-

ções e doenças transmissíveis de forma geral. Além disso, algumas substâncias, como os derivados de cocaína, têm efeitos adversos diretos sobre o sistema imunológico e sobre a integridade tecidual (Magro & Wang, 2013; Napuri et al., 2013). Está em debate no presente momento (junho de 2014), o papel específico da cocaína e dos diferentes adulterantes como elementos associados a essas graves lesões e comprometimento do sistema imunológico.

Cite-se, a título de exemplo, o trabalho de Pechansky (2001), que ressalta a importância do contexto social em que vivem e interagem os usuários como elemento modulador dos padrões de uso de drogas, dos danos e riscos associados, assim como da percepção de risco. Bastos e colaboradores (2008) documentaram a associação entre o uso de substâncias psicoativas e o uso inconsistente de preservativo nas relações sexuais, expondo a população usuária destas substâncias a um maior risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis (IST).

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a AIDS, no contexto brasileiro, estão cada vez mais concentrados em grupos específicos da população (Brasil, 2012), em consonância com o conceito de “epidemia concentrada²” da UNAIDS, em que taxas elevadas de infecção em populações específicas coexistem com taxas substancialmente mais baixas na população geral.

Os usuários de drogas, injetáveis ou não, representam uma população bastante vulnerável à infecção pelo HIV. Isso ocorre pois, além do compartilhamento de aparatos para uso de droga injetável, outros comportamentos de risco comuns nesta população representam risco ampliado à infecção por HIV, como a troca de sexo por droga ou dinheiro, no contexto de uso infrequente ou não-uso de preservativos.

As hepatites virais transmitidas por via parental e sexual, como a hepatite B (HBV) e a hepatite C (HCV), também apresentam taxas mais elevadas de infecção na população usuária de drogas. Além dos comportamen-

1 Sobre as baixas taxas de cobertura por vacinação há vários trabalhos, ver por exemplo: Deacon RM, Topp L, Wand H, Day CA, Rodgers C, Haber PS, van Beek I, Maher L. Correlates of susceptibility to hepatitis B among people who inject drugs in Sydney, Australia. *J Urban Health* 2012; 89(5):769-78.

2 Segundo a UNAIDS, epidemia concentrada ocorre quando o HIV se dissemina rapidamente em uma ou mais populações específicas, sem ter se estabelecido da mesma forma na população em geral. Maiores informações sobre a definição do termo “epidemia concentrada” pela UNAIDS podem ser encontradas no arquivo **Diretrizes de Terminologia do UNAIDS/ONUSIDA**, disponível para download em: <http://www.unaids.org.br/biblioteca/biblioteca.asp>.

tos de risco associados à transmissão de ISTs, o compartilhamento de aparatos para uso de drogas não injetáveis (como o canudo para uso da cocaína, ou o cachimbo para uso do crack), se mostram associados à infecção por HBV e HCV, ainda que a eficiência desses modos de transmissão continue a ser objeto de debate na literatura internacional (MacMahon & Tortu, 2003; Macías et al., 2008).

A tuberculose, embora prevenível e tratável com medicamentos, ainda se apresenta como grave problema de saúde pública no Brasil, com profundas raízes sociais e diretamente associada à exclusão social (Brasil, 2013). Por se tratar de uma doença de transmissão aérea, pode ser mais facilmente transmitida em aglomerados populacionais caracterizados por más condições de vida e falta de infraestrutura básica (como falta de ventilação adequada no calor ou de abrigo contra o frio), como muitas vezes se apresentam as cenas de uso de crack nos grandes centros urbanos.

Portanto, os usuários de drogas e, de forma mais grave e intensa, os usuários de crack (além dos usuários de drogas injetáveis), apresentam frequentemente diversos problemas de saúde, uma vez que se encontram inseridos em um contexto de vulnerabilidade social (Waldorf et al. 1991; Nappo et al., 1996; Dunlap et al., 2009).

Alguns estudos têm observado que, entre os usuários de crack, estão presentes diversos comportamentos de risco associados a doenças não transmissíveis. Tal assunto tem sido estudado com menos frequência, mas, ainda assim, está amplamente documentado em relação a problemas cardiológicos (Chakko et al., 1992) e a intoxicação por metais pesados (Pechansky et al., 2007). A literatura sobre agravos infecciosos é mais ampla, e abrange uma diversidade de patógenos

e doenças transmissíveis, como a infecção pelo HIV, HBV e HCV, a sífilis e a tuberculose (Bastos et al., 2005, Malta et al., 2010; Raupp & Adorno 2011; Cruz et al., 2013). Porém, no Brasil, até a realização da presente pesquisa, não existiam dados epidemiológicos de abrangência nacional sobre a prevalência de nenhuma infecção sexualmente transmissível na população de usuários de crack, tampouco sobre comportamentos, atitudes e práticas de risco associadas às mesmas em amostras com base populacional.

O presente capítulo tem como objetivo sistematizar e discutir os achados referentes às prevalências da infecção pelo HIV e HCV, e a prevalência de Tuberculose (TB) em uma amostra de mais de 7300 usuários de crack e similares, recrutados em contextos de uso, além de analisar alguns comportamentos de risco para as infecções sexualmente transmissíveis. Os resultados aqui apresentados são de natureza descritiva. As proporções foram comparadas por meio do teste do qui-quadrado, considerando-se o nível de significância de 0,05.

Vale ressaltar que, apesar do estudo ser representativo da população usuária de crack e/ou similares em cenas abertas de uso, não é possível identificar a parcela da população que estaria ou não efetivamente exposta ao HIV e HCV. Portanto, para nossos propósitos, consideraremos todos os indivíduos, a princípio, suscetíveis a estas infecções e, desta forma, utilizaremos aqui ambas as formulações: a mais genérica e abrangente, “taxas de infecção” referentes a estes patógenos, portanto algo relativo a uma hipotética população de referência, e “prevalência”, conceito mais específico, que se aproxima antes de uma relação entre indivíduos efetivamente expostos e infectados/doentes.

2. Realização de testes para HIV, HCV e Tuberculose

Todos os voluntários entrevistados foram convidados a realizar testagem para HIV e HCV, tendo o direito à recusa, sem que isso determinasse qualquer prejuízo com relação a seu acesso aos meios e serviços disponibilizados pelo projeto em termos de apoio psicossocial e assistência. A testagem foi sempre acompanhada do aconselhamento pré e pós-teste em doenças sexualmente transmissíveis, hepatite C e HIV/AIDS, com posterior encaminhamento para tratamento na eventualidade de detecção de alguma infecção/doença. Todos os casos identificados como positivos

(sororreagentes e/ou com cultura positiva) para os diferentes patógenos analisados foram prontamente referenciados para a rede pública de saúde, tendo como porta de entrada serviços de atenção básica municipal, de acordo com as normas operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) em vigor.

Para a testagem para o HIV, foram utilizados os testes rápidos Rapid Check HIV para triagem e o teste rápido produzido por Biomanguinhos, FIOCRUZ, para confirmação, conforme Manual do Ministério da Saúde

(MS). Já para a testagem para o HCV, utilizou-se o teste imuno-rápido produzido pela Wama Diagnóstica.

A testagem para tuberculose foi realizada com finalidade de rastreamento de potenciais casos clínicos de tuberculose mediante baciloscopia, com exames adicionais para fechamento de diagnóstico definidos em consonância com cada um dos programas de controle locais. Como detalhado a seguir, ainda que com evi-

denes restrições com relação ao protocolo completo de detecção e diagnóstico da tuberculose (que incluiria a realização de raio X de tórax e exame de PPD [intradermorreação para tuberculose ou teste tuberculínico]), a realização da baciloscopia de indivíduos referidos a unidades básicas de saúde a partir das cenas de uso se mostrou um desafio extremamente complexo, que reclama uma ampla revisão de procedimentos e meios diagnósticos em estudos futuros com essa população.

3. Comportamentos de risco na população do estudo

Com relação ao conjunto da amostra, os resultados apontam que grande parte da população de estudo estava em situação de rua nos 30 dias anteriores à pesquisa (39,04% [IC95% 34,18-44,14]). Os achados estratificados referentes à mesma variável para capitais e não-capitais³ evidenciaram diferença estatisticamente significativa. Nas capitais, a proporção de usuários que passaram a maior parte dos 30 dias anteriores à pesquisa em situação de rua foi mais elevada (47,28% [IC95% 42,85-51,76]), quando comparada a não-capitais (21,55% [IC95% 15,19-29,64]).

Viver em situação de rua constitui um fator agravante, por vezes, determinante, no que diz respeito ao risco de contrair doenças infecciosas transmissíveis, uma vez que a literatura aponta a população em situação de rua como mais vulnerável a diferen-

tes agravos (Gelberg et al., 1992; Raoult et al., 2001, Schanzer et al. 2007; Keke et al., 2011). Segundo o Programa Nacional de Tuberculose, por exemplo, a chance de contrair tuberculose é 37 vezes maior entre população de rua, se comparada à população geral (Brasil, 2013).

Quase metade dos usuários de crack e/ou similares do Brasil (42,17% [IC95% 38,52-45,91]) relatou ter trocado sexo por drogas e/ou dinheiro nos 30 dias anteriores à pesquisa de modo a obter meios para financiar o hábito ou a droga para consumo próprio. O achado é ainda mais alarmante quanto à variável 'compartilhamento de apetrechos para utilização do crack e similares', pois 71,01% (IC95% 67,61-74,20) dos usuários referem fazer uso compartilhado destes objetos nos 30 dias anteriores à pesquisa (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1: Comportamentos de risco dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Realizou algum tipo de troca de sexo por droga/dinheiro*	42,17	38,52	45,91
Compartilhou aparato para uso do crack e/ou similares*	71,01	67,61	74,2
Uso inconsistente de camisinha sexo vaginal*	64,15	60,71	67,45
Uso inconsistente de camisinha sexo oral*	79,05	75,63	82,1
Uso inconsistente de camisinha sexo anal*	62,00	57,38	66,41
Sexo com parceiro(a) sabidamente portador de HIV**	5,50	4,01	7,50
Já ouviu de algum profissional de saúde que possui algum tipo de hepatite	6,13	4,39	8,49
Nunca realizou testagem para HIV	53,87	49,58	58,10
Possui piercing e/ou tatuagem	66,50	62,72	70,08
Já utilizou droga injetável na vida	9,21	7,67	11,02
Se já utilizou droga injetável, compartilhou aparato para uso da droga (seringas e agulhas)	29,23	21,14	38,88

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

**Nos 12 meses anteriores à pesquisa

3 Para maiores informações sobre a amostra referente a Brasil, capitais e não-capitais, ver Capítulos 2 e 3 deste livro.

Tabela 2: Comportamentos de risco dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não Capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Realizou algum tipo de troca de sexo por droga/dinheiro*	43,71	39,46	48,05	38,61	31,87	45,82
Compartilhou aparato para uso do crack e/ou similares*	73,58	69,75	77,08	65,51	59,27	71,26
Uso inconsistente de camisinha sexo vaginal*	65,05	61,32	68,60	62,17	55,08	68,78
Uso inconsistente de camisinha sexo oral*	79,66	75,73	83,09	77,62	70,74	83,26
Uso inconsistente de camisinha sexo anal*	64,51	59,25	69,44	56,88	48,39	64,98
Sexo com parceiro sabidamente portador de HIV**	6,97	4,92	9,79	2,29	1,37	3,79
Já ouviu de algum profissional de saúde que possui algum tipo de hepatite	7,74	5,36	11,05	2,74	1,72	4,35
Nunca realizou testagem para HIV	48,14	43,79	52,52	65,94	58,48	72,69
Possui piercing e/ou Tatuagem	66,52	62,69	70,14	66,46	57,70	74,22
Já utilizou droga injetável na vida	10,02	8,19	12,20	7,51	4,96	11,22
Se já utilizou droga injetável, compartilhou aparato para uso da droga (seringas e agulhas)	29,72	20,06	41,60	27,80	16,22	43,36

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

**Nos 12 meses anteriores à pesquisa

Mais da metade da população de estudo informou já ter colocado *piercing* e/ou feito tatuagem (66,50% [IC95% 62,72–70,08]). O uso de drogas injetáveis na vida foi referido por 9,21% (IC95% 7,67 – 11,02) dos usuários, dos quais 29,23% (IC95% 21,14–38,88) afirmaram ter compartilhado aparatos para uso injetável, como seringas e/ou agulhas (Tabelas 1 e 2).

A maior parte dos usuários que fizeram sexo vaginal nos 30 dias anteriores à entrevista não utilizaram preservativo em pelo menos uma dessas relações (64,15% [IC95% 60,71–67,45]). O uso inconsistente de preservativo, quando da prática do sexo oral e anal, também foi bastante elevado com proporções de 79,05% (IC95% 75,63–82,10) e 62,00% (IC95% 57,38–66,41), respectivamente, de não uso do preservativo em alguma dessas relações sexuais. Uma pequena proporção, 5,50% (IC95% 4,01–7,50) dos usuários, informou já ter realizado sexo com parceiro(a)

sabidamente portador de HIV no último ano. Embora pequena, esta proporção é preocupante devido ao alto risco a que estavam expostos (Tabelas 1 e 2).

Entretanto, a despeito do risco ampliado de contrair o HIV, mais da metade dos usuários de crack e/ou similares (53,87% [IC95% 49,58–58,10]) nunca havia sido testada para o HIV. Apenas uma pequena proporção dos usuários (6,13% [IC95% 4,39–8,49]) informou já ter ouvido de um profissional de saúde que era portador do vírus de hepatite ou que estava doente em função de alguma hepatite viral (Tabelas 1 e 2).

Neste contexto, surpreende que a maior parte dos usuários se refira de forma positiva ao seu estado de saúde. Mais da metade dos usuários informou ter saúde física 'excelente/muito boa/boa' (47,91% [IC95% 44,88–50,96]) e emocional (52,91% [IC95% 49,68–56,12]) (Figuras 1, 2, 3 e 4).

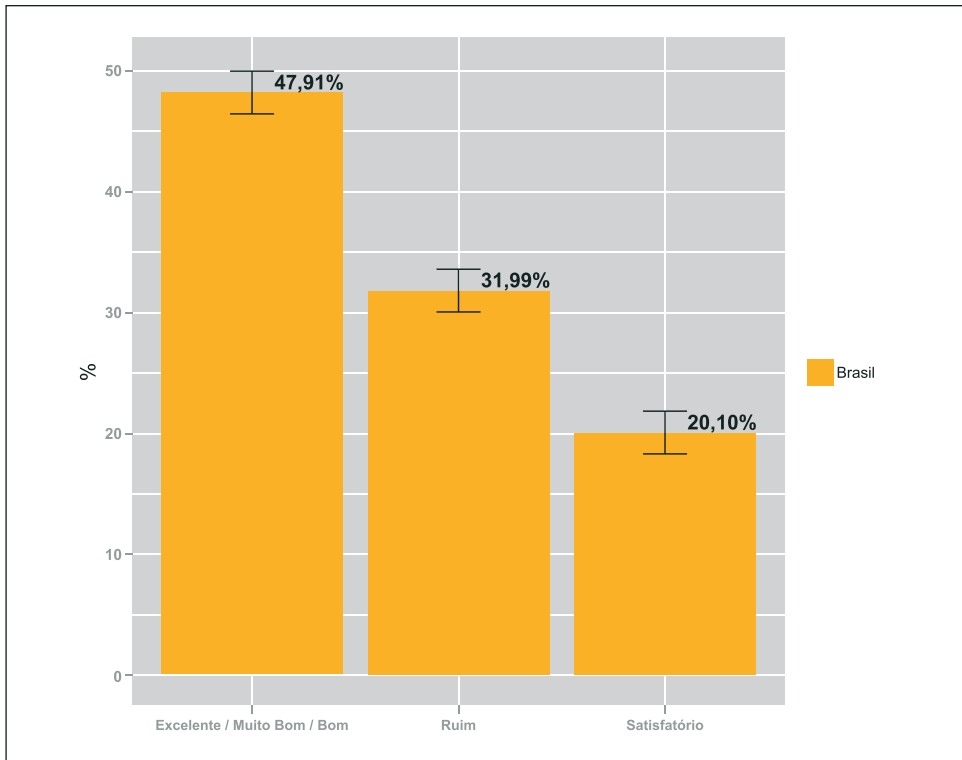


Figura 1:

Estado de saúde física auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo aos 30 dias anteriores à pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), Brasil, 2012

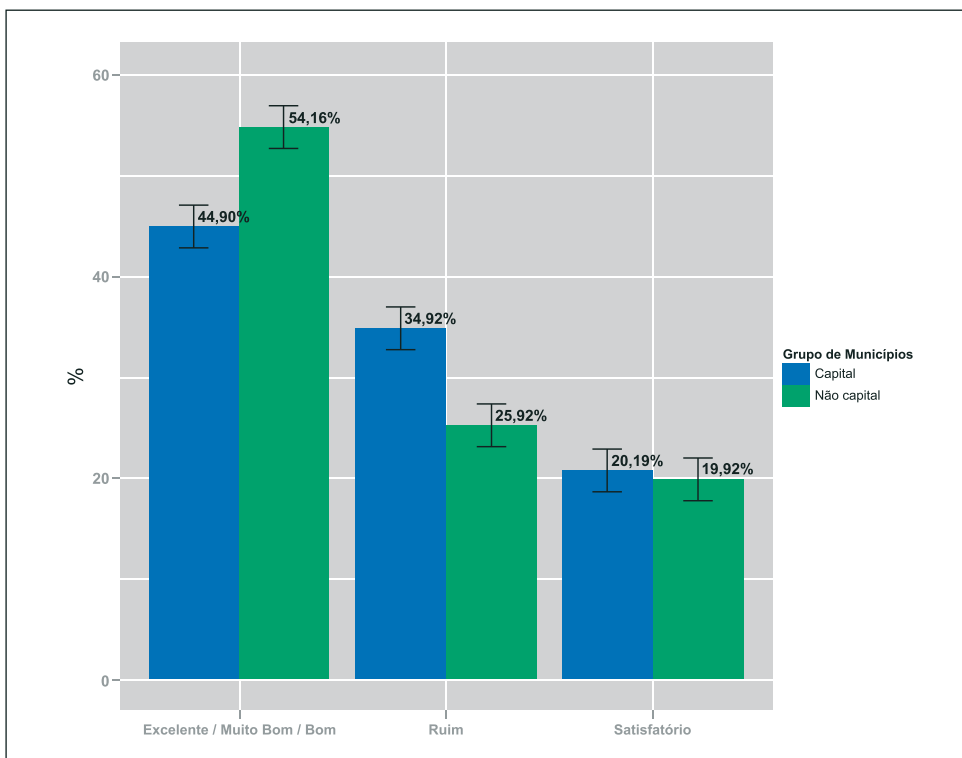


Figura 2:

Estado de saúde física auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo aos 30 dias anteriores à pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), por grupo de municípios, 2012

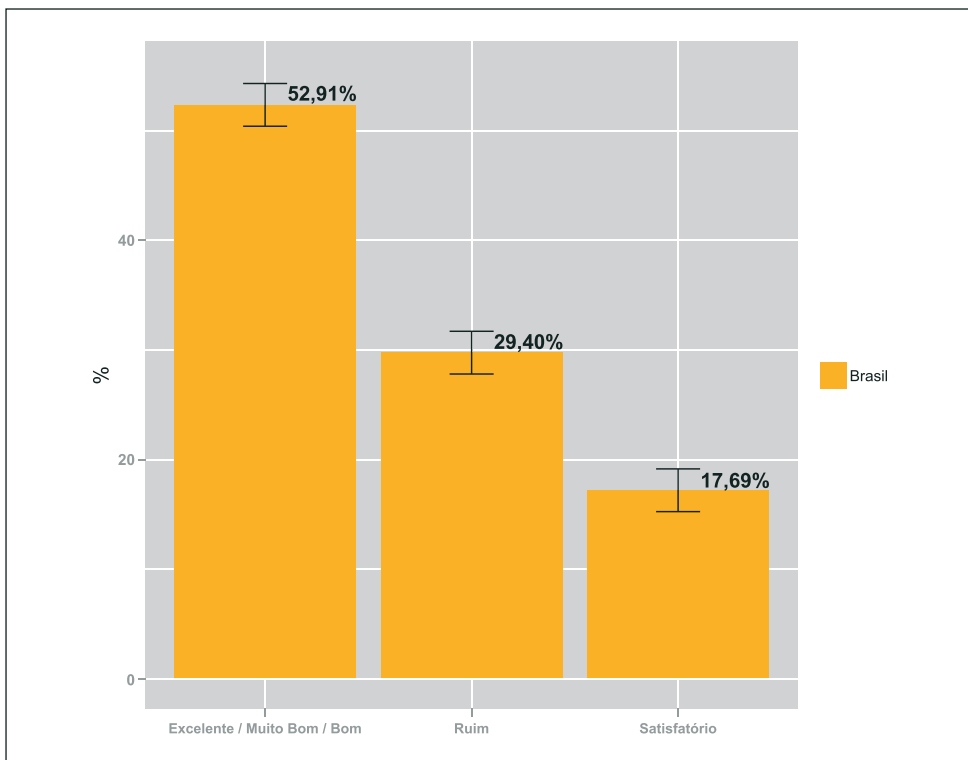


Figura 3:
Estado de saúde emocional auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo aos 30 dias anteriores à pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), Brasil, 2012

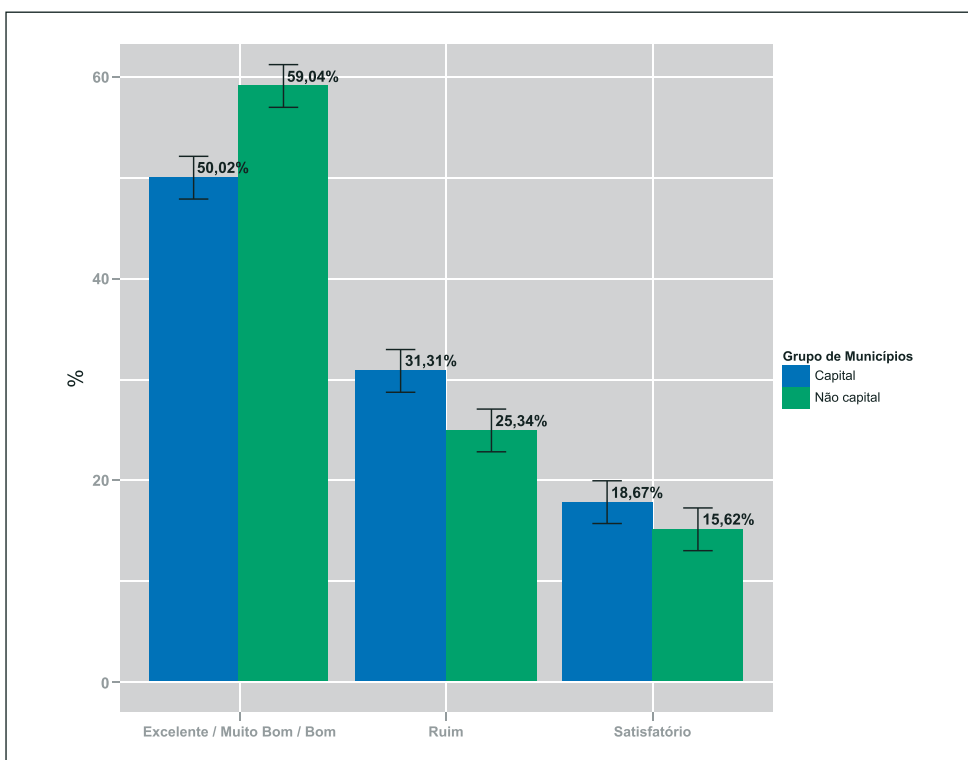


Figura 4:
Estado de saúde emocional auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo aos 30 dias anteriores à pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), por grupo de municípios, 2012

Os resultados da Pesquisa Mundial de Saúde (PMS) realizada no Brasil em 2003, com uma amostra de 5 mil indivíduos maiores de 18 anos, mostrou que a percepção de estado de saúde no Brasil é fortemente influenciada pela presença de doença incapacitante ou de longa duração. Na PMS, menos de um terço (27,0%) dos indivíduos que relataram algum agravo incapacitante a longo prazo percebiam sua saúde como “boa” ou “muito boa” enquanto que, entre os indivíduos que não relataram agravos deste tipo, esse percentual foi de 64,0% (Szwarcwald et al., 2005).

4. Prevalência da infecção pelo HIV

A prevalência da infecção pelo HIV evidenciada entre usuários de crack e/ou similares no Brasil foi de 4,97% (IC95% 3,75-6,56), aproximadamente oito vezes a prevalência de HIV estimada para a população geral brasileira. No Brasil, de acordo com dados do *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS* de 2012 (Brasil, 2012a), a prevalência estimada do HIV na população geral entre 15 e 49 anos mantém-se estável desde 2004, em, aproximadamente, 0,6%.

Um estudo realizado em 2009, em 10 cidades brasileiras, com uma amostra de usuários regulares de drogas ilícitas (que não a maconha), maiores de 18 anos, evidenciou uma prevalência para a infecção pelo HIV de 5,91% (Bastos, 2009), bastante similar ao resultado

Um estudo realizado em 2006/7, no Rio de Janeiro, com usuários de drogas ilícitas maiores de 18 anos, já havia evidenciado que a população de usuários de drogas no Brasil encontra-se em situação de maior vulnerabilidade, quando comparada ao restante da população, no que tange à aquisição de infecções/doenças sexualmente transmissíveis e de elevada frequência de comportamentos de risco, reforçando a necessidade de implementar programas de saúde específicos para esta população (Bertoni et al., 2011).

encontrado no presente estudo, ressaltando-se a diferença de que anteriormente foram analisados dados referentes ao conjunto de usuários regulares, inclusive de crack, mas não exclusivamente de crack.

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa com relação à prevalência da infecção pelo HIV entre jovens de até 30 anos, quando comparados a adultos com idades de 31 anos ou mais, tanto para Brasil, como entre capitais e não-capitais. Contudo, quando estratificamos por sexo, a prevalência para as mulheres (8,17% [IC95% 5,55-11,88]) se mostrou duas vezes maior do que aquela evidenciada entre os homens (4,01% [IC95% 2,72-5,88]), sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p=0,009$) (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3: Algumas características sociodemográficas e comportamentais dos usuários de crack e/ou similares de acordo com status sorológico para HIV, Brasil, 2012

	Brasil					
	Reagente para HIV			Não reagente para HIV		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Faixa Etária						
18 a 30 anos	4,94	3,39	7,14	95,06	92,86	96,61
31 anos ou mais	5,01	3,21	7,74	94,99	92,26	96,79
Sexo**						
Masculino	4,01	2,72	5,88	95,99	94,12	97,28
Feminino	8,17	5,55	11,88	91,83	88,12	94,45
*Realizou algum tipo de troca de sexo por dinheiro e/ou drogas**						
Sim	6,55	4,62	9,19	93,45	90,81	95,38
Não	2,89	1,95	4,25	97,11	95,75	98,05

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

** p -valor <0,05

Tabela 4; Algumas características sociodemográficas e comportamentais dos usuários de crack e/ou similares de acordo com status sorológico para HIV, por grupo de municípios, 2012

	Capital						Não Capital					
	Reagente para HIV			Não reagente para HIV			Reagente para HIV			Não reagente para HIV		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Faixa Etária												
18 a 30 anos	6,03	3,87	9,28	93,97	90,72	96,13	2,86	1,38	5,84	97,14	94,16	98,62
31 anos ou mais	5,77	3,45	9,48	94,23	90,52	96,55	3,14	1,64	5,94	96,86	94,06	98,36
Sexo												
Masculino	4,88	3,04	7,75	95,12	92,25	96,96	2,31	1,47	3,62	97,69	96,38	98,53
Feminino	8,71	5,5	13,52	91,29	86,48	94,5	6,51	3,49	11,8	93,49	88,2	96,51
*Realizou algum tipo de troca de sexo por dinheiro e/ou drogas												
Sim	7,72	5,35	11,03	92,28	88,97	94,65	3,44	1,49	7,74	96,56	92,26	98,51
Não	3,62	2,4	5,45	96,38	94,55	97,6	1,37	0,56	3,32	98,63	96,68	99,44

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

Os achados do presente estudo revelaram que a prevalência para a infecção pelo HIV foi mais elevada entre os usuários de crack e/ou similares que trocaram sexo por dinheiro e/ou droga (6,55% [IC95%

4,62-9,19]), quando comparados aos que não o fizeram (2,89% [IC95% 1,95-4,25]), diferença esta que se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,000$) (Tabelas 3 e 4).

5. Prevalência da infecção pelo HCV

A prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C evidenciada no presente inquérito referente aos usuários de crack e/ou similares foi de 2,63% (IC95% 1,69-4,07), igualmente mais elevada do que a prevalência estimada para população geral do Brasil. De acordo com o *Boletim Epidemiológico Hepatites Virais* (Brasil, 2012b), o último estudo de base populacional realizado nas 26 capitais e DF entre 2005/2009 (Pereira et al., 2013) evidenciou uma prevalência da infecção pelo HCV para a população geral de 1,38% (IC95% 1,12%-1,64%).

Não existem resultados de outros estudos referentes ao HCV, representativos da população usuária de crack no Brasil, que possam ser comparados aos do presente estudo. Porém, um estudo realizado em Salvador, em 2001/2, com uma amostra de conveniência de 125 mulheres usuárias de crack e cocaína encontrou uma prevalência de 2,4% (Nunes et al., 2007), resultado similar ao encontrado no presente estudo. Bastos e colaboradores (2000) evidenciaram uma prevalência da infecção pelo HCV de 5,8% (IC95% 1,7-7,1), em uma amostra de conveniência de 225 usuários de

drogas que buscaram tratamento em 2 centros de tratamento de uso de drogas no Rio de Janeiro.

A prevalência de HCV entre usuários de crack e/ou similares no presente estudo se mostrou mais elevada à medida que era maior a idade cronológica do indivíduo. A prevalência foi de 1,08% (IC95% 0,49-2,35) entre jovens de 18 a 30 anos e de 4,67% (IC95% 2,83-7,62) entre adultos a partir dos 31 anos, diferença esta que se mostrou estatisticamente significativa ($p=0,001$) (Tabelas 5 e 6). O mesmo foi observado com relação à estimativa da prevalência para a população geral brasileira que, segundo Pereira e colaboradores (Pereira et al., 2013), é mais elevada entre adultos de 20 a 69 anos quando comparados aos jovens de 10 a 19 anos. Este aumento da prevalência de HCV com a idade pode estar associado a um maior período de exposição ao vírus e, especialmente, a um efeito contextual pronunciado referentes a diferentes grupos etários de pessoas, que nasceram e viveram antes e depois da disponibilização ampla de testes anti-HCV e do controle adequado dos suprimentos de sangue e hemoderivados no Brasil (o que ocorreu, no Brasil, em seu conjunto, na segunda metade da década de 1980).

Tabela 5: Algumas características sociodemográficas e comportamentais dos usuários de crack e/ou similares de acordo com status sorológico para HCV, Brasil, 2012

	Brasil					
	Reagente para HCV			Não reagente para HCV		
	%	IC95%		%	IC95%	
Inferior		Superior	Inferior		Superior	
Faixa Etária						
18 a 30 anos	1,08	0,49	2,35	98,92	97,65	99,51
31 anos ou mais	4,67	2,83	7,62	95,33	92,38	97,17
Sexo						
Masculino	2,75	1,67	4,5	97,25	95,50	98,33
Feminino	2,23	1,18	4,19	97,77	95,81	98,82
Compartilhou de aparato para uso do crack?*						
Sim	3,02	1,81	5,00	96,98	95,00	98,19
Não	1,83	1,00	3,32	98,17	96,68	99,00

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

Tabela 6: Algumas características sociodemográficas e comportamentais dos usuários de crack e/ou similares de acordo com status sorológico para HCV, por grupo de municípios, 2012

	Capital						Não Capital					
	Reagentes para HCV			Não reagentes para HCV			Reagente para HCV			Não reagentes para HCV		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Inferior		Superior	Inferior		Superior	Inferior		Superior	Inferior		Superior	
Faixa Etária												
18 a 30 anos	0,77	0,36	1,63	99,23	98,37	99,64	1,67	0,44	6,22	98,33	93,78	99,56
31 anos ou mais	5,59	3,18	9,66	94,41	90,34	96,82	2,38	1,17	4,78	97,62	95,22	98,83
Sexo												
Masculino	3,28	1,80	5,91	96,72	94,09	98,20	1,71	0,89	3,29	98,29	96,71	99,11
Feminino	1,91	1,06	3,42	98,09	96,58	98,94	3,26	0,72	13,58	96,74	86,42	99,28
Compartilhou de aparato para uso do crack?*												
Sim	3,20	1,75	5,80	96,80	94,20	98,25	2,59	1,03	6,36	97,41	93,64	98,97
Não	2,43	1,21	4,80	97,57	95,20	98,79	0,79	0,23	2,71	99,21	97,29	99,77

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

Os achados referentes à prevalência estratificada por sexo foram similares entre homens (2,75% [IC95% 1,67-4,50]) e mulheres (2,23% [IC95% 1,18-4,19]). Também não foi evidenciada diferença estatisticamente significativa quanto à prevalência da infecção pelo

HCV entre usuários que referiram ter compartilhado aparatos para uso da droga nos 30 dias anteriores à pesquisa (3,02% [IC95% 1,81-5,00]) e os que referiram não tê-lo feito no mesmo período (1,83% [IC95% 1,00-3,32]) (Tabelas 5 e 6).

6. Prevalência da Tuberculose

Cabe observar inicialmente que os resultados do estudo no que diz respeito à tuberculose se mostraram bastante aquém do esperado e que, portanto, devem ser vistos com cautela. De forma bastante sucinta, é possível concluir que as imensas dificuldades operacionais encontradas em todo o país e a evidente limitação dos achados falam a favor de uma redefinição ampla dos protocolos de testagem para a tuberculose junto a populações não apenas estigmatizadas e que vivem parte do seu tempo nas ruas (para as quais existem protocolos nacionais e internacionais relativamente efetivos), mas também de extrema mobilidade, como os usuários inseridos nas cenas de crack.

Muito dificilmente será possível algum dia definir um protocolo que não esteja ancorado em testes rápidos (como o que foi implementado em relação à testagem para o HIV e HCV), uma vez que a composição das cenas de uso se altera a cada dia e período do dia. Estas variações extremamente pronunciadas foram adequadamente incorporadas pela metodologia empregada para recrutar, entrevistar e testar os usuários mediante o emprego de testes rápidos, mas se mostraram insuficientes no que diz respeito a um protocolo (ainda que abreviado, em relação ao protocolo padrão adotado no Brasil) que exige etapas sequenciais de operação (o que é abordado em maior detalhe a seguir).

A prevalência de tuberculose evidenciada entre usuários de crack e/ou similares no presente inquérito foi de 1,67% (IC95% 0,70-3,90). Como não dispomos de informações de base nacional que permitam estabelecer alguma comparação, ainda que limitada, dos nossos achados, utilizamos para este fim resultados de pesquisas realizadas com a população prisional, uma vez que quase metade dos usuários deste estudo (48,80% [IC95%: 45,09-52,52]) relatou um histórico de prisões ao longo da vida⁴. Portanto, em alguns períodos de suas vidas, estes usuários integraram a população prisional. Deve-se considerar ainda um contingente de usuários de diferentes drogas (especialmente a cocaína e o crack, drogas ilícitas de consumo habitual no Brasil e clara inter-relação com o tráfico) que cumpre sentenças mais longas, em regime fechado, e, portanto, não estaria presente nas cenas pesquisadas, mas inseridos em contextos simi-

lares de consumo, tráfico, violência e pauperização.

Em Porto Alegre, em estudo realizado em 2007/8, com uma amostra de 1900 detentos, foi evidenciada uma prevalência de tuberculose de 3,8% (Kuhleis 2012). Já em São Paulo, um estudo realizado em 2008 com 2413 detentos encontrou prevalência pelo exame de escarro de 0,3% (Nogueira et al., 2012).

Apesar da baixa prevalência de tuberculose encontrada, um terço da população de estudo referiu ter apresentado tosse, com ou sem catarro, por mais de 3 semanas (34,08% [IC95% 30,07-38,34]), e 15,49% (IC95% 13,21-18,10) da população de estudo informou ter contato com alguém que tinha tuberculose. Outro dado importante é que 6,26% (IC95% 4,99-7,82) informou já ter tido tuberculose alguma vez na vida (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7: Relato de sintomatologia sugestiva, contato e histórico de tuberculose dos usuários de crack e/ou similares, Brasil 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Quanto tempo tem tosse (com ou sem catarro)			
Há 3 semanas e mais	34,08	30,07	38,34
De 1 a 2 semanas	10,46	8,84	12,33
Há menos de uma semana	11,21	9,32	13,43
Atualmente, tem contato com alguém com tuberculose			
Sim	15,49	13,21	18,1
Não, mas teve no passado	5,82	4,46	7,56
Já teve tuberculose	6,26	4,99	7,82

Tabela 8: Relato de sintomatologia sugestiva, contato e histórico de tuberculose dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não Capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Quanto tempo tem tosse (com ou sem catarro)						
Há três semanas e mais	36,67	32,82	40,71	28,62	19,98	39,17
De 1 a 2 semanas	10,26	8,29	12,63	10,88	8,28	14,17
Há menos de uma semana	12,35	10,21	14,87	8,81	5,80	13,17
Atualmente, tem contato com alguém com tuberculose						
Sim	17,29	14,41	20,60	11,55	8,79	15,03
Não, mas teve no passado	5,84	4,24	8,00	5,77	3,57	9,19
Já teve tuberculose	6,85	5,40	8,64	5,02	3,04	8,19

⁴ Para informações detalhadas sobre histórico de prisões na população de estudo, ver Capítulo 4 - "Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Perfil sociodemográfico e comportamental destes usuários: resultados de uma pesquisa de abrangência nacional"

A testagem para TB se mostrou particularmente desafiadora e insuficiente nos grandes centros urbanos, onde a interação da Pesquisa Nacional do Crack com os serviços de saúde se mostrou bastante aquém do ideal, em consequência de imensas dificuldades na articulação entre a pesquisa e serviços de referência com relação a uma população sabidamente estigmatizada e extremamente móvel. Portanto, ainda que, num futuro próximo, venhamos a nos valer exclusivamente de testes rápidos para a TB (que hoje não integram os protocolos padrão adotados no Brasil para a testagem e diagnóstico), será necessário treinar e capacitar equipes para lidar com essas populações e melhorar substancialmente a referência e contrarreferência de e para atividades desenvolvidas no campo (como consultórios de rua, serviços prestados por vans e similares) e a rede de serviços de saúde em operação em sedes fixas.

7. Considerações Finais

Os achados do presente estudo evidenciam a vulnerabilidade da população de usuários de crack e/ou similares frente ao risco de contrair doenças infecciosas. Isto se deve ao fato de que grande parte da população apresenta diversos comportamentos de risco e estão inseridos em contextos pauperizados, violentos e frequentemente carentes de qualquer infraestrutura, mínima que seja (como uma fonte de água corrente). As prevalências para as infecções pelo HIV e HCV evidenciadas para esta população se mostraram mais elevadas que aquelas documentadas para a população geral, corroborando os achados, até então dispersos, de estudos anteriores, realizados com amostras não representativas da população usuária de drogas. Os resultados aqui apresentados são apenas descritivos, fruto de análises bivariadas simples, e desta maneira não é possível, por ora, analisar, com o detalhe necessário, associações específicas.

A despeito dessas limitações, os resultados encontrados apontam claramente para a necessidade de ações preventivas e de controle de doenças específicas para a população usuária de drogas, alertando para as formas de transmissão características desta população, com o propósito de minimizar os problemas de saúde decorrentes da sua inserção em contextos adversos e dos riscos e danos associados a seus padrões de consumo. Estas ações não devem ficar restritas à

Segundo o *Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil* (Brasil, 2011), para detecção de casos por baciloscopia do escarro, deve-se realizar coleta de 2 amostras de escarro, uma no momento da identificação da suspeita e outra no dia seguinte, e este esquema permitiria detectar de 60% a 80% dos casos de tuberculose pulmonar. No presente estudo, considerando tratar-se de uma população alvo de difícil acesso e extrema mobilidade, definiu-se, operacionalmente, que seriam coletadas apenas 2 amostras de escarro no momento da entrevista, o que provavelmente subestimou a detecção de casos bacilíferos. Ainda assim, a despeito do abreviamento do protocolo clássico, os problemas de deslocamento dos usuários em determinados dias e horários, a necessidade de preencher fichas cadastrais específicas, os eventuais tempo de espera, o agendamento da devolução dos resultados para os pacientes, entre outros aspectos, definiram barreiras substanciais a uma testagem ótima.

esfera de saúde, uma vez que estas situações de risco em que se encontram os usuários de crack e/ou similares possuem profundas raízes sociais.

Algumas observações adicionais podem ser acrescentadas aqui, no sentido de nortear a atuação dos formuladores de políticas públicas e profissionais de saúde.

Em primeiro lugar, como mencionado em trabalho anterior (Fischer et al., 2013), diferentemente do contexto norte-americano, e mais especificamente, de algumas localidades do Canadá, onde a questão vem sendo estudada em maior detalhe, os usuários por nós recrutados e testados, não são, em sua ampla maioria, ex-usuários de drogas injetáveis, assim como tampouco são usuários de crack e cocaína injetável. Os usuários brasileiros que integraram o estudo são, basicamente, poliusuários de diferentes substâncias, lícitas (como álcool e tabaco) e ilícitas, mas raramente o fazem (ou fizeram) por via injetável. Com isso, o componente de transmissão parenteral, absolutamente central na disseminação do vírus da hepatite C (patógeno em relação ao qual a transmissão sexual é pouco relevante), está praticamente ausente. Portanto, como esperado, as taxas de infecção pelo HCV (vírus da hepatite C) chegam a ser dez vezes mais elevadas nos estudos realizados em Vancouver, onde o uso injetável, anterior ou con-

comitante, é bastante relevante, se comparadas aos achados do presente estudo.

Infelizmente não nos foi possível avaliar as taxas de infecção referentes ao vírus da hepatite B, em função de dificuldades operacionais de implementação integrada de protocolos de pesquisa e vacinação no campo, conforme exigência de diversos comitês de ética. Embora não seja de modo algum simples implementar de forma satisfatória estes protocolos integrados, como bem documentado pela literatura internacional (Baars et al., 2008), cabe destacar que, no Brasil, é essencial distinguir da forma mais clara possível a dinâmica de transmissão dos patógenos em diferentes coortes etárias, como aquelas que nasceram antes e depois que a vacina contra a hepatite B passou a integrar o calendário regular da vacinas aplicadas a recém-natos e crianças no seu primeiro ano de vida.

Da mesma forma, fatores contextuais se mostram essenciais na interpretação dos achados referentes à hepatite C, para a qual não existe uma vacina, mas em relação à qual foram implementadas várias me-

didias de detecção precoce da infecção e doença, e controle de bancos de sangue. Todo cuidado se faz necessário na análise do papel específico de fatores extrínsecos (como a coorte etária a que pertencem os pacientes e as políticas públicas vigentes em cada período e contextos) e das intervenções especificamente voltadas para os usuários de crack e outras drogas, como programas de vacinação para a hepatite B implementados nas cenas de uso e programas ampliados de testagem, detecção e diagnóstico clínico e laboratorial da hepatite C.

Finalmente, cabe observar que as limitações referentes à testagem para a tuberculose e à implementação de intervenções preventivas e profiláticas, em contextos de marginalização e grande mobilidade constituem um dos maiores desafios da saúde pública, em todo o mundo. Os resultados negativos do maior estudo mundial no campo da profilaxia da tuberculose, discutidos em editorial recente, mostram que esforços renovados se fazem absolutamente necessários no que diz respeito à testagem e profilaxia da tuberculose em populações empobrecidas e marginalizadas (Rubin, 2014).

Referências

- Baars J, Boon B, De Wit JB, Schutten M, Van Steenberghe JE, Garretsen HF, Van De Mheen D. Drug users' participation in a free hepatitis B vaccination program: demographic, behavioral, and social-cognitive determinants. *Subst Use Misuse* 2008; 43(14): 2145-62.
- Bastos FI, Lowndes CM, Castello-Branco LR, Linhares-de-Carvalho MI, Oelemann W, Bernier F, Morgado MG, Yoshida CF, Rozental T, Alary M. Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J STD AIDS* 2000; 11(6): 383-92.
- Bastos FI, Bongertz V, Teixeira SL, Morgado MG, Hacker MA. Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2005; 100: 91-6.
- Bastos FI. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. Relatório técnico entregue ao Departamento de DST-AIDS e Hepatites Virais, 2009.
- Bertoni N, Singer M, Silva CFP, Clair S, Malta M, Bastos FI. Knowledge of AIDS and HIV transmission among drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *Harm Reduction Journal* 2011; 8: 5.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil – Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - HIV/Aids. Ano I – no. 01 (até semana epidemiológica 52ª). Dezembro de 2012a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais. Ano III – no. 01. 2012b.
- Brasil. Ministério da saúde. Portal da Saúde. Tuberculose. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=43017&janela=1. Acessado em 20 de novembro de 2013.
- Chakko S, Fernandez A, Mellman TA, Milanes FJ, Kessler KM, Myerburg RJ. Cardiac manifestations of cocaine abuse: a cross-sectional study of asymptomatic men with a history of long-term abuse of “crack” cocaine. *J Am Coll Cardiol* 1992; 20(5): 1168-74.
- Cruz MS, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Villar LM, Tiesmaki M, Fischer B. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *Int J Drug Policy* 2013; 24(5): 432-8.
- Curtis BJ, Zahs A, Kovacs EJ. Epigenetic targets for reversing immune defects caused by alcohol exposure. *Alcohol Res* 2013; 35(1): 97-113.
- Dunlap E, Golub A, Johnson BD, Benoit E. Normalization of violence: experiences of childhood abuse by inner-city crack users. *J Ethn Subst Abuse* 2009; 8(1): 15-34.
- Fischer B, Cruz MS, Bastos FI, Tyndall. Crack across the Americas - a massive problem in continued search of viable answers: exemplary views from the North (Canada) and the South (Brazil). *Int J Drug Policy* 2013; 24(6): 631-3.
- Gelberg L, Lawrence L. Homeless Health Status And Demographic. *J Gen Intern Med* 1992; 7(6): 601-8.
- Kerker B, Bainbridge J, Kennedy J, Bennani Y, Agerton T, Marder D, Forgione L, Faciano A, Thorpe LE. A population-based assessment of the health of homeless families in New York City, 2001-2003. *Am J Public Health* 2011; 101(3): 546-53.
- Kuhleis D, Ribeiro AW, Costa ERD, Cafrune PI, Schmid KB, Costa LL. Tuberculosis in a southern Brazilian prison. *Mem Inst Oswaldo Cruz* 2012; 107(7): 909-915.

Magro CM, Wang X. Cocaine-associated retiform purpura: a C5b-9-mediated microangiopathy syndrome associated with enhanced apoptosis and high levels of intercellular adhesion molecule-1 expression. *Am J Dermatopathol* 2013; 35(7): 722-30.

Malta M, Magnanini MMF, Mello MB, Pascom ARP, Linhares Y, Bastos FI. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2010; 10: 317.

Macías J, Palacios RB, Claro E, Vargas J, Vergara S, Mira JA, Merchante N, Corzo JE, Pineda JA. High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver Int* 2008; 28(6): 781-6.

McMahon JM, Tortu S. A potential hidden source of hepatitis C infection among noninjecting drug users. *J Psychoactive Drugs* 2003; 35(4): 455-60.

Nappo SA, Galduróz JC, Noto AR. Crack use in São Paulo. *Subst Use Misuse* 1996; 31: 565-79.

Napuri J, Pilakka-Kanthikeel S, Raymond A, Agudelo M, Yndart-Arias A, Saxena SK, Nair M. Cocaine Enhances HIV-1 Infectivity in Monocyte Derived Dendritic Cells by Suppressing microRNA-155. *PLoS One* 2013; 8(12): e83682.

Nogueira PA, Abrahão RMCM, Galesi VMN. Tuberculosis and latent tuberculosis in prison inmates. *Rev Saúde Pública* 2013; 46(1): 119-127.

Nunes CLX, Andrade T, Galvão-Castro B, Bastos FI, Reingold A. Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador - Bahia, Brazil. *Braz J Infect Dis* 2007; 11(6): 561-566.

Pechansky F. Modelo teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas. *Rev Bras Psiquiatr* 2001; 23(1): 41-47.

Pechansky F, Kessler FH, Diemen LV, Bumaguin DB, Surratt HL, Inciardi JA. Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. *Rev Bras Psiquiatr* 2007; 29(1): 39-42.

Pereira LMMB, Martelli CMT, Moreira RC, Merchan-Hamman E, Stein AT, Cardoso RMA, Figueiredo GM, Montarroyos UR, Braga C, Turchi MD, Coral G, Crespo D, Lima MLC, Alencar LCA, Costa M, Santos AA, Ximenes RAA. Prevalence and risk factors of Hepatitis C virus infection in Brazil, 2005 through 2009: a cross-sectional study. *BMC Infectious Diseases* 2013; 13: 60.

Raoult D, Foucault C, Brouqui P. Infections in the homeless. *Lancet Infect Dis* 2001; 1(2): 77-84.

Raupp L, Adorno RCF. Crack usage circuits in the downtown area of the city of São Paulo (SP, Brazil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(5): 2613-2622.

Rubin EJ. Troubles with Tuberculosis Prevention. *N Engl J Med* 2014; 370:375-376.

Schanzer B, Dominguez B, Shrout PE, Caton CLM. Homelessness, Health Status, and Health Care Use. *Am J of Public Health* 2007; 97(3): 464-9.

Szwarcwald CL, Souza-Júnior PR, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (Suppl 1): S54-S64.

Waldorf D, Reinerman C, Murphy S. Cocaine Changes: The Experience of Using and Quitting. Temple University, 1991.

Capítulo 6

Perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares: Resultados do inquérito nacional

Emilia Jalil, Carolina Coutinho, Neilane Bertoni e Francisco Inácio Bastos em nome do grupo de Pesquisa “Inquérito Epidemiológico”

1. Introdução

O consumo de diferentes substâncias, lícitas e ilícitas, tem características específicas e deve ser objeto de políticas públicas que incorporem diversos aspectos diferenciais, entre eles, a dimensão de gênero.

Os estudos sobre o consumo de drogas acabam por secundarizar ou até mesmo negligenciar as análises por gênero, a despeito de terem sido evidenciadas diferenças relevantes entre o consumo e as consequências do uso de drogas entre homens e mulheres, por parte de diversos autores (ver, por exemplo, Tuchman, 2010 e Franconi et al., 2012). O ainda reduzido número de pesquisas que abordam a questão da mulher usuária de drogas parece se dever, entre outros fatores, ao inegável predomínio masculino nas cenas abertas de tráfico e consumo de drogas em todo o mundo. Além disso, há também o fato de serem as mulheres um grupo mais difícil de ser acessado pelos pesquisadores, em virtude do caráter privado de muitas de suas práticas e do constrangimento e estigmatização que lhes são impostos em diversos contextos.

Uma das razões para que a participação proporcional das mulheres seja bastante diversa, em cenas públicas/abertas e em locais estritamente privados, é a sobrediscriminação de que são vítimas as mulheres usuárias de drogas, discriminação esta que se mostra relevante, inclusive, da parte de homens que fazem uso abusivo e dependente de drogas, presentes nas mesmas cenas de consumo que elas. Curiosamente, esses usuários masculinos baseiam com frequência suas avaliações negativas sobre as mulheres usuárias a partir da ideia de que “droga é coisa para homem”, como se tal hábito fosse antes uma prerrogativa do que um problema que os afeta. A isto se soma a questão da auto-estigmatização, bastante presente em usuários abusivos e dependentes de drogas, e que constitui um obstáculo central à busca de auxílio profissional e reinserção social (Livingston et al., 2012).

De forma complementar, as mulheres costumam enfrentar barreiras relevantes quanto a acessar serviços de tratamento especializado, onde são, frequentemente, vítimas de discriminação e preconceitos, e têm suas necessidades específicas simplesmente ignoradas (Green, 2006). Essas necessidades podem ser evidenciadas, sob os mais variados aspectos, desde a metabolização diferencial do álcool e outras drogas nas mulheres, até

a complexa inter-relação entre consumo de drogas e (des)inserção familiar e profissional, no contexto dos papéis sociais e de gênero de homens e mulheres.

Uma outra dimensão da questão se refere ao fato de diversos estudos que contam com pequenas amostras de conveniência não disporem do adequado poder estatístico que permita análises estratificadas por sexo, o que, em cenas de amplo predomínio masculino, acaba por gerar análises enviesadas no sentido de um conjunto cuja amostra é composta por 80% ou mais de homens.

No presente estudo, a despeito do amplo predomínio masculino nas cenas de consumo de crack acessadas, como referido no capítulo 4, o fato de se tratar de uma amostra bastante grande e obtida a partir de procedimentos amostrais que buscaram torná-la a mais abrangente e fidedigna possível, permitiu desagregar as análises por sexo/gênero e analisar de forma específica as características das mulheres usuárias de crack e/ou similares. O uso de drogas ilícitas por mulheres pode interferir de modo relevante na saúde sexual e saúde reprodutiva dessa parcela da população, além de apresentar consequências adversas com relação à morbimortalidade materno-fetal e infantil.

O crack destaca-se por seu potencial de induzir dependência, sua associação com comportamentos sexuais de risco e seu impacto adverso sobre diferentes condições e agravos obstétricos e neonatais. O consumo de cocaína por qualquer via está associado a diversas complicações obstétricas, como descolamento prematuro de placenta, parto prematuro e baixo peso ao nascer, além de maior risco de transmissão materno-fetal do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (Cook, 2011; Rodrigues et al., 2012). Estudo realizado no Rio Grande do Sul identificou associação entre consumo de drogas e maior prevalência de transmissão materno-fetal do HIV (Madi et al., 2009), e o consumo de drogas se mostrou associado a taxas mais elevadas dessa transmissão no estudo multicêntrico HPTN 040/PACTG 1043, que incluiu mais de 1600 bebês provenientes do Brasil e outros países de renda média (Nielsen-Saines et al., 2012).

A literatura aborda predominantemente o impacto do uso do crack no contexto obstétrico e neonatal. No

entanto, não nos foi possível localizar nas bases bibliográficas consultadas estudos abordando especificamente o perfil epidemiológico e os aspectos da saúde sexual e reprodutiva de mulheres usuárias de crack.

Este capítulo visa descrever o perfil das mulheres usuárias de crack e/ou similares da pesquisa intitulada “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil” e os dados relacionados à sua saúde sexual e reprodutiva. Todos os resultados apresentados

neste capítulo são de natureza descritiva, contemplando análises bivariadas, estratificadas por sexo (referente aos dados agregados do estudo – “amostra Brasil”) e, com relação apenas às mulheres, por local de recrutamento (estratificado em “capital” e “não capital”¹). As proporções foram comparadas por meio do teste do qui-quadrado. Adotou-se o nível de significância de 0,05. As médias foram comparadas através da sobreposição dos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

2. Características Sociodemográficas

A idade média das mulheres usuárias de crack e/ou similares evidenciada na pesquisa foi de 29,60 anos (IC95% 28,38-30,81), enquanto os usuários de crack e/ou similares do sexo masculino tinham, em média, 30,47 anos (IC95% 29,74-31,21). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas relativas às faixas etárias onde se concentram usuários e usuárias de crack e/ou similares (Figura 1).

A maioria das mulheres se declarou como não branca (78,56% [IC95% 72,04-83,90]), o que também foi observado entre os homens (79,33% [IC95% 75,50-82,69]).

Um maior número de usuárias referiu estar casada ou morar com companheiro/a quando comparadas aos homens (36,28% [IC95% 30,07-42,99] e 22,29% [IC95% 19,78-25,01], respectivamente) (Tabela 1).

As proporções das mulheres usuárias de crack e/ou similares em todo o Brasil, por faixa etária, pode ser visualizada na Figura 2. Ao avaliar somente as mulheres usuárias de crack e/ou similares por local de recrutamento (“capital vs. não-capital”), observou-se concentração na faixa etária de 18 a 24 anos tanto nas capitais, quanto nas não-capitais, com diferença estatisticamente significativa para esta faixa (Figura 3).

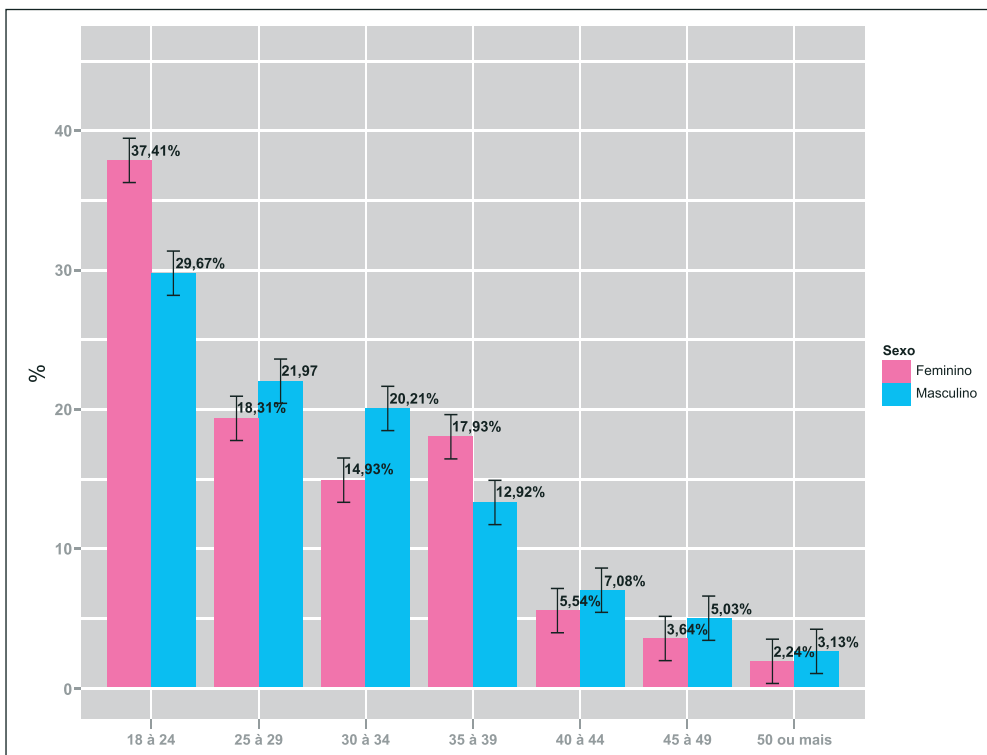


Figura 1:
Faixa etária dos usuários de crack e/ou similares segundo sexo (proporções estimadas e intervalos de confiança de 95%), Brasil, 2012

1 Para maiores informações referente a amostra para Brasil, capitais e não-capitais, ver Capítulos 2 e 3 deste livro.

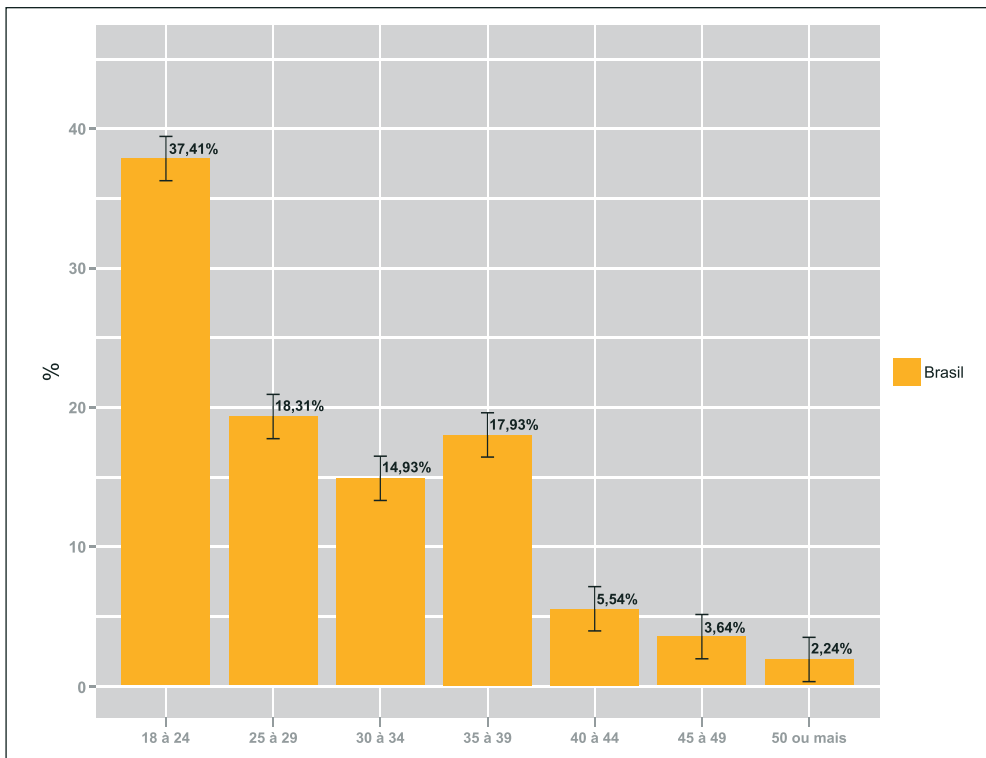


Figura 2:
Faixa etária das mulheres usuárias de crack e/ou similares (proporções estimadas e intervalos de confiança de 95%), Brasil, 2012

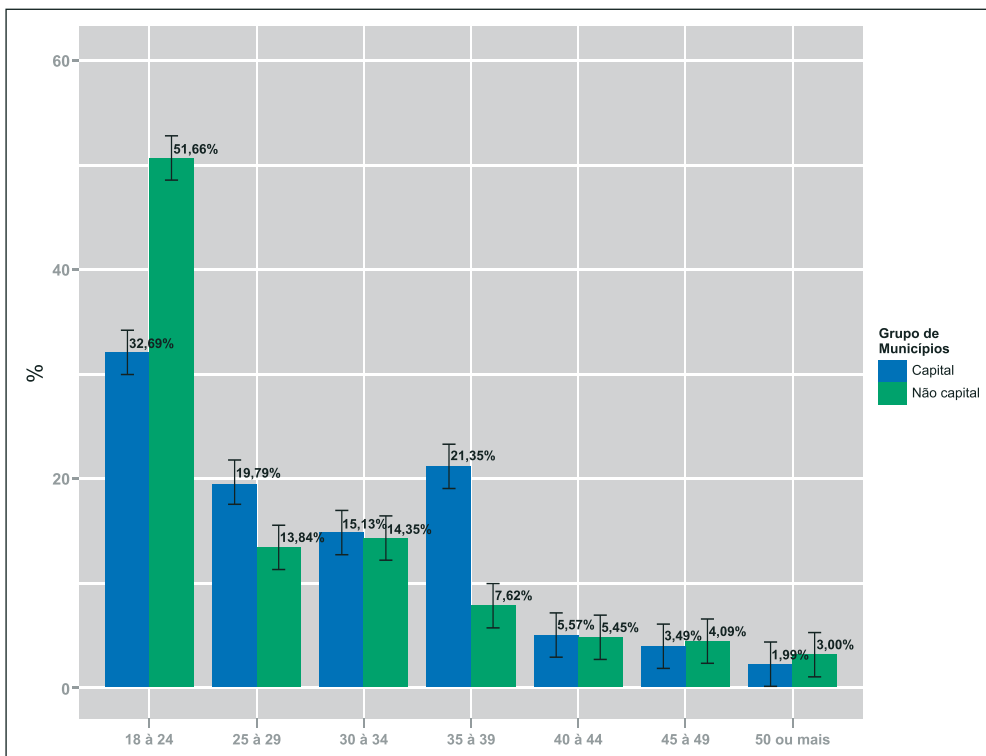


Figura 3:
Faixa etária das mulheres usuárias de crack e/ou similares (proporções estimadas e intervalos de confiança de 95%) por grupo de municípios, 2012*
* $p < 0,05$

Tabela 1: Características sociodemográficas dos usuários de crack e/ou similares segundo sexo, Brasil, 2012

Características sociodemográficas dos usuários de crack e/ou similares por sexo (Brasil)	Brasil					
	Feminino			Masculino		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Cor						
Branca	21,44	16,1	27,96	20,67	17,31	24,5
Não-branca	78,56	72,04	83,9	79,33	75,5	82,69
Escolaridade						
Não completou nenhuma série	4,82	3,24	7,1	3,79	2,54	5,61
Alfabetização a 3ª série do Ensino	19,06	14,98	23,95	19,75	16,65	23,27
4ª-8ª série do Ensino Fundamental	61,66	55,47	67,5	56,44	53,08	59,74
Ensino médio	13	9,92	16,86	17,42	14,76	20,44
Superior	1,45	0,8	2,62	2,6	1,73	3,89
Status marital*						
Solteira	54,04	47,46	60,48	62,42	59,47	65,27
Casada / mora junto	36,28	30,07	43	22,29	19,78	25,01
Separada / divorciada / viúva	9,68	7,26	12,78	15,3	13,56	17,22
Estuda atualmente?						
Sim	2,16	1,43	3,24	2,6	2,06	3,29
Não	97,84	96,76	98,57	97,4	96,71	97,94
Moradia nos últimos 30 dias*						
Apartamento/casa próprio ou da família	26,57	21,49	32,36	38,99	34,6	43,57
Apartamento/casa/quarto alugado ou de	18,07	13,39	23,93	17,67	14,34	21,58
Moradia temporária (hotel, abrigo, etc)	5,05	2,17	11,31	3,59	2,51	5,11
Outros locais	4,65	2,37	8,94	2,51	1,86	3,38
Na rua (sem teto)	45,66	38,1	53,42	37,23	32,21	42,54
Atividade ilícita para obter dinheiro ou drogas						
Sim	24,23	16,67	33,82	26,97	23,9	30,27
Não	75,77	66,18	83,33	73,03	69,73	76,1
Prisão na vida*						
Sim	35,43	29,26	42,13	52,5	48,66	56,31
Não	64,57	57,87	70,74	47,5	43,69	51,34
Detenção no último ano						
Sim	36,84	30,49	43,68	42,97	38,95	47,08
Não	63,16	56,32	69,51	57,03	52,92	61,05
Trabalho sexual ou troca de sexo por dinheiro*						
Sim	55,36	47,8	62,68	14,6	12,13	17,48
Não	44,64	37,32	52,2	85,4	82,52	87,87

*p-valor <0,05

As usuárias de crack e/ou similares possuíam, em sua ampla maioria, baixa escolaridade. Mais de 80% das mulheres havia cursado somente até o Ensino Fundamental (85,54% [IC95% 81,31-88,95]), e cerca de um quarto apenas até a 3ª série do Ensino Fundamental (23,88% [IC95% 19,23-29,24]). Esses resultados se mos-

traram similares àqueles observados entre os homens. Dentre as mulheres, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas na comparação entre capitais e não-capitais (Tabelas 1 e 2). Quase a totalidade das mulheres usuárias referiu não estar estudando no momento da entrevista (97,84% [IC95% 96,76-98,57]).

Tabela 2: Características sociodemográficas das mulheres usuárias de crack e/ou similares por grupo de municípios, 2012

Características sociodemográficas das mulheres por local	%	Brasil		%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Cor									
Branca	21,44	16,1	27,96	22,06	15,57	30,29	19,54	12,34	29,51
Não-branca	78,56	72,04	83,9	77,94	69,71	84,43	80,46	70,49	87,66
Escolaridade									
Não completou nenhuma série	4,82	3,29	7	5,32	3,38	8,27	3,29	2,03	5,3
Alfabetização a 3a série do Ensino Fundamental	19,06	15,02	23,89	17,97	13,38	23,71	22,38	15,39	31,35
4a-8a série do Ensino Fundamental	61,66	55,36	67,6	60,91	52,83	68,44	63,95	56,38	70,87
Ensino médio	13	9,89	16,91	14,28	10,41	19,29	9,12	5,81	14,04
Superior	1,45	0,81	2,61	1,52	0,78	2,92	1,27	0,35	4,5
Status marital									
Solteira	54,04	47,46	60,48	52,76	44,23	61,14	57,87	51,41	64,08
Casada / mora junto	36,28	30,07	43	38,01	30,09	46,61	31,1	23,77	39,52
Separada / divorciada / viúva	9,68	7,26	12,78	9,23	6,4	13,14	11,03	7,31	16,29
Estuda atualmente?									
Sim	2,16	1,43	3,24	1,86	1,09	3,15	3,07	1,67	5,58
Não	97,84	96,76	98,57	98,14	96,85	98,91	96,93	94,42	98,33
Moradia nos últimos 30 dias									
Apartamento/casa próprio ou da família	26,57	21,49	32,36	22,00*	16,73	28,36	40,38*	30,53	51,07
Apartamento/casa/quarto alugado ou de amigos	18,07	13,39	23,93	14,78*	10,93	19,69	28,00*	15,56	45,08
Moradia temporária (hotel, abrigo, etc)	5,05	2,17	11,31	6,05*	2,37	14,59	2,02*	0,89	4,54
Outros locais	4,65	2,37	8,94	5,56*	2,63	11,35	1,93*	1,07	3,44
Na rua (sem teto)	45,66	38,1	53,42	51,61*	43,67	59,48	27,67*	15,05	45,25
Atividade ilícita para obter dinheiro ou drogas									
Sim	24,23	16,67	33,82	28,36*	18,76	40,44	11,73*	8,57	15,86
Não	75,77	66,18	83,33	71,64*	59,56	81,24	88,27*	84,14	91,43
Prisão na vida									
Sim	35,43	29,26	42,13	40,55*	32,7	48,92	19,58*	13,18	28,08
Não	64,57	57,87	70,74	59,45*	51,08	67,3	80,42*	71,92	86,82
Detenção no último ano									
Sim	36,84	30,49	43,68	39,5	32,21	47,28	28,76	16,9	44,5
Não	63,16	56,32	69,51	60,5	52,72	67,79	71,24	55,5	83,1
Trabalho sexual ou troca de sexo por dinheiro									
Sim	55,36	47,8	62,68	55,14	45,57	64,35	55,99	46,1	65,44
Não	44,64	37,32	52,2	44,86	35,65	54,43	44,01	34,56	53,9

*p-valor <0,05

Uma proporção expressiva de mulheres referiu estar em situação de rua nos 30 dias anteriores à pesquisa (45,66% [IC95% 38,10-53,42]), em todo o Brasil, proporção esta mais elevada do que a observada entre os homens (37,23% [IC95% 32,21-42,54]) (Tabela 1). Estratificando as mulheres por local de entrevista, a proporção delas em situação de rua nos 30 dias anteriores à pesquisa foi ainda mais relevante nas capitais (51,61%, [IC95% 43,67-59,48]) quando comparada às não capitais (27,67% [IC95% 15,05-45,25]) (Tabela 2).

Aproximadamente uma em cada cinco mulheres referiu algum trabalho ilícito, relacionado ou não ao tráfico de drogas, como meio para obter dinheiro ou drogas (24,23% [IC95% 16,67-33,82]), proporção semelhante à observada entre os usuários do sexo masculino (26,97% [IC95% 23,90-30,27]) (Tabela 1). O relato de envolvimento em alguma atividade ilícita para obtenção de dinheiro ou drogas entre as mulheres foi mais frequente nas capitais (28,36% [IC95% 18,76-40,44]) do que em não capitais (11,73% [IC95% 8,57-15,86]), diferença esta estatisticamente significativa (Tabela 2).

História prévia de prisão² pela polícia em algum momento da vida foi estatisticamente mais frequente entre homens (52,50% [IC95% 48,66-56,31]) do que entre mulheres (35,43% [IC95% 29,26-42,13]).

3. Uso de crack e/ou similares e outras drogas

O tempo médio de uso de crack e/ou similares relatados pelas mulheres foi de aproximadamente 6 anos (72,67 meses [IC95% 64,87-80,48]), ao passo que o período relatado pelos usuários do sexo masculino foi de cerca de 7 anos (83,05 meses [IC95% 75,77-90,32]). O número médio de pedras/porções de crack e/ou similares fumadas por mulheres e homens foram de, respectivamente, 17,18 pedras/dia de uso [IC95% 13,00-21,35] e 12,46 pedras/dia de uso [IC95% 11,12-13,80].

As mulheres usuárias crack e/ou similares de capitais e não capitais referiram fazer uso de crack e/ou similares há, respectivamente, 77,07 meses (IC95% 67,65-86,49) e 59,31 (IC95% 48,38-70,25), com as respectivas médias de pedras/dia de uso de 23,34 (IC95% 9,38-37,29) e 15,65 (IC95% 11,45-19,84).

Ao se avaliar as detenções no último ano antes da entrevista, as proporções se mostraram semelhantes em usuários de ambos os sexos (respectivamente, 36,84% [IC95% 30,49-43,68] e 42,97% [IC95% 38,95-47,08]), sugerindo que o envolvimento recente com a polícia ocorreu de modo similar em usuários de ambos os sexos (Tabela 1). Em se tratando de um estudo amplo de natureza seccional e das diferenças de conceitos utilizados (prisão e detenção), não é possível inferir direcionalidade (se o uso de drogas leva à detenção ou vice-versa), nem distinguir achados associados às características dos indivíduos, de diferentes coortes etárias ou variáveis contextuais, como mudanças na órbita das facções criminosas ou dos procedimentos adotados pelas forças de segurança em diferentes momentos do tempo e contextos geográficos.

Proporção expressiva de mulheres relatou engajamento em trabalho sexual ou troca de sexo por dinheiro (55,36% [IC95% 47,80-62,68]), proporção esta substancialmente mais elevada do que aquela referida pelos usuários do sexo masculino (14,60% [IC95% 12,13-17,48]) (Tabela 1).

Não foi observada diferença estatisticamente significativa entre mulheres de capitais e não capitais em relação à história prévia de prisão, à detenção e ao engajamento em trabalho sexual ou troca de sexo por dinheiro (Tabela 2).

A maioria das mulheres usuárias de crack e/ou similares relatou uso concomitante de drogas lícitas nos 30 dias anteriores à realização da pesquisa (álcool 63,80% [IC95% 57,34-69,80] e tabaco 85,53% [IC95% 80,42-89,49]). O relato de uso de outras drogas ilícitas nos 30 dias anteriores à pesquisa também foi frequente, principalmente de maconha e cocaína em pó (Tabelas 3 e 4). O relato de uso de álcool, maconha e LSD foi estatisticamente mais frequente entre homens, quando comparados às mulheres, enquanto estas apresentaram uma proporção estatisticamente maior de uso de Tylex comparada à daqueles (Tabela 3).

Mulheres usuárias de crack e/ou similares dos municípios que não eram capitais apresentaram proporção estatisticamente maior de uso de anfetaminas e benzodiazepínicos, quando comparadas às oriundas de capitais (Tabela 4).

2 Diferente de detenção, considerada como relato de ter permanecido menos de um dia na delegacia.

Tabela 3: Relato de uso de outras drogas nos 30 dias anteriores à pesquisa por usuários de crack e/ou similares segundo sexo, Brasil, 2012

Uso de outras drogas nos últimos 30 dias por sexo (Brasil)	Brasil					
	Feminino			Masculino		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Álcool*	63,80	57,34	69,80	72,91	70,05	75,58
Tabaco	85,53	80,42	89,49	83,54	79,97	86,59
Maconha*	52,04	44,54	59,44	63,89	59,53	68,03
Anfetaminas	2,51	0,50	11,62	0,80	0,45	1,43
Ecstasy	0,69	0,33	1,42	1,25	0,83	1,90
Cocaína	35,89	28,56	43,93	36,78	32,10	41,73
Benzodiazepínicos	6,26	3,52	10,91	5,91	4,16	8,33
Heroína	0,31	0,09	1,11	0,39	0,23	0,66
Tylox*	0,54	0,24	1,22	0,14	0,07	0,26
Inalantes / cola / solventes	13,70	10,53	17,64	13,20	10,91	15,90
LSD*	0,27	0,09	0,79	0,89	0,62	1,28

*p-valor <0,05

Tabela 4: Relato de uso de outras drogas nos 30 dias anteriores à pesquisa por mulheres usuárias de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

Uso de outras drogas nos últimos 30 dias relatado por mulheres por local	%	Brasil		%	Capital		%	Não-capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Álcool	63,8	57,34	69,8	63,63	55,7	70,88	64,32	53,75	73,66
Tabaco	85,53	80,42	89,49	87,84	82,37	91,78	78,57	66,51	87,13
Maconha	52,04	44,54	59,44	54,24	45,26	62,95	45,53	33,58	58,02
Anfetaminas	2,51	0,5	11,62	0,60*	0,28	1,26	8,16*	1,11	41,29
Ecstasy	0,69	0,33	1,42	0,84	0,38	1,81	0,27	0,06	1,27
Cocaína	35,89	28,56	43,93	35,59	26,51	45,86	36,74	27,09	47,59
Benzodiazepínicos	6,26	3,52	10,91	2,78*	1,67	4,58	16,51*	7,35	33,03
Heroína	0,31	0,09	1,11	0,42	0,12	1,48	0	0	0
Tylox	0,54	0,24	1,22	0,6	0,24	1,53	0,36	0,08	1,51
Inalantes / cola / solventes	13,7	10,53	17,64	11,67	8,55	15,74	19,75	11,79	31,19
LSD	0,27	0,09	0,79	0,33	0,1	1,05	0,07	0,02	0,31

*p-valor <0,05

4. Comportamento sexual

A maioria das mulheres usuárias de crack e/ou similares referiu atividade sexual nos 30 dias anteriores à pesquisa com parceiro fixo (66,52% [IC95% 57,03-74,84]), proporção significativamente maior que a dos homens (52,16 [IC95% 48,88-55,43]). Já o engajamento em parceria eventual nos 30 dias anteriores à pesquisa foi mais frequente em homens que em mulheres (respectivamente, 59,35% [IC95% 54,94-63,62] e 50,10% [IC95% 41,53-58,66]). Uma proporção significativamente maior de mulheres (48,36% [IC95% 40,45-56,35]) relatou ter recebido dinheiro ou drogas em troca de sexo nos 30 dias anteriores à pesquisa

quando comparadas aos usuários do sexo masculino (13,00% [IC95% 10,65-15,79]). Em contrapartida, o relato de ter dado dinheiro ou drogas em troca de sexo nos homens foi cerca de seis vezes o observado entre as mulheres (respectivamente, 29,55% [IC95% 25,80-33,60] e 5,34% [IC95% 2,20-12,43]), ressaltando a marcante desigualdade de gênero na esfera das trocas sexuais e monetárias nesse contexto (Tabela 5).

Mais de 70% das mulheres referiu ter tido sexo com parceiros que não haviam utilizado o preservativo masculino, nem utilizaram, elas mesmas, pre-

servativo feminino, em pelo menos uma relação sexual vaginal, oral ou anal (respectivamente, 72,09% [IC95% 64,29-78,74]; 75,49% [IC95% 66,49-82,70]; e 73,08% [IC95% 60,39-82,86]). As frequências de uso inconsistente de preservativo (masculino [parceiro] e

feminino) quando da prática do sexo vaginal e anal foram significativamente mais elevadas nas mulheres quando comparadas aos homens (61,62% [IC95% 58,37-64,77], para sexo vaginal e 59,27% [IC95% 54,63-63,76], para sexo anal) (Tabela 5).

Tabela 5: Comportamento sexual relatado por usuários de crack e/ou similares segundo sexo, Brasil, 2012

Comportamento sexual de usuários de crack e/ou similares (Brasil)	Brasil					
	Feminino			Masculino		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
*Fez sexo com parceiros(as) fixos(as)**	66,52	57,03	74,84	52,16	48,88	55,43
*Fez sexo com parceiros(as) eventuais/casuais**	50,1	41,53	58,66	59,35	54,94	63,62
*Recebeu dinheiro/drogas para fazer sexo**	48,36	40,45	56,35	13	10,65	15,79
*Deu dinheiro/drogas para fazer sexo**	5,34	2,2	12,43	29,55	25,8	33,6
*Uso inconsistente de camisinha no sexo vaginal**	72,09	64,29	78,74	61,62	58,37	64,77
*Uso inconsistente de camisinha no sexo anal**	73,08	60,39	82,86	59,27	54,63	63,76
*Uso inconsistente de camisinha no sexo oral	75,49	66,49	82,7	80,17	76,89	83,08
Sofreu violência sexual em toda a vida**	46,63	39,39	54,01	7,49	6,17	9,07
***Sofreu violência sexual nos últimos 12 meses	40,04	28,39	52,94	37,79	27,67	49,08

* Nos 30 dias anteriores à pesquisa

***p*-valor <0,05

***Apenas pessoas que referiram violência sexual na vida foram incluídas na análise.

A proporção de mulheres que relataram ter sofrido violência sexual alguma vez na vida foi seis vezes a relatada pelos homens (respectivamente, 46,63% [IC95% 39,39-54,01] e 7,49% [IC95% 6,17-9,07]). Entretanto, entre as pessoas com esse histórico de vitimização, as proporções de mulheres e homens que sofreram coerção para manter relações sexuais contra a vontade nos últimos 12 meses se mostraram similares (respectivamente, 40,04% [IC95% 28,39-52,94] e 37,79% [IC95% 27,67-49,08]), sugerindo que o agravamento dos quadros de abuso/dependência e a inserção em contextos de uso de drogas equalizaria a vulnerabilidade a este tipo de agressão em ambos os sexos, tornando-a frequente entre mulheres e homens, enquanto a perspectiva de trajetória de vida é amplamente desfavorável às mulheres (Tabela 5).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a violência contra a mulher constitui um grave problema de saúde pública e esta violência se mostra fortemente associada ao consumo de drogas de maneira geral (OMS, 2012). No âmbito

de um inquérito, não é possível distinguir variáveis referentes a indivíduos de variáveis contextuais, assim como não é possível recuperar de forma mais acurada a sequência de eventos no tempo. Aparentemente, a experiência de violência sexual e o consumo frequente de substâncias psicoativas (especialmente o crack no contexto do presente estudo) estariam associados de modo circular ou recursivo, tornando bastante difícil, ou mesmo impossível estabelecer o que seria causa e o que seria consequência.

Comparando as mulheres por local de entrevista, houve diferença estatisticamente significativa entre capitais e não capitais em relação ao relato de ter dado dinheiro ou drogas em troca de sexo (respectivamente, 6,99% [IC95% 2,81-16,32] e 0,54% [IC95% 0,22-1,31]) e ao uso inconsistente de camisinha no sexo vaginal (respectivamente, 76,62% [IC95% 67,88-83,56] e 59,00 [IC95% 43,79-72,67]). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre mulheres de capitais e não capitais quanto às demais variáveis analisadas, dispostas na Tabela 6.

Tabela 6: Comportamento sexual relatado por mulheres usuárias de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

Comportamento sexual das mulheres por local	%	Brasil		%	Capital		%	Não-capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
*Fez sexo com parceiros(as) fixos(as)	66,52	57,03	74,84	67,66	55,71	77,67	63,23	47,91	76,28
*Fez sexo com parceiros(as) eventuais/casuais	50,1	41,53	58,66	48,21	37,24	59,37	55,57	44,92	65,73
*Recebeu dinheiro/drogas para fazer sexo	48,36	40,45	56,35	48,05	38,08	58,18	49,25	39,1	59,47
*Deu dinheiro/drogas para fazer sexo	5,34	2,2	12,43	6,99**	2,81	16,32	0,54**	0,22	1,31
*Uso inconsistente de camisinha no sexo vaginal	72,09	64,29	78,74	76,62**	67,88	83,56	59,00**	43,79	72,67
*Uso inconsistente de camisinha no sexo anal	73,08	60,39	82,86	77,61	61,1	88,44	59,55	43,09	74,11
*Uso inconsistente de camisinha no sexo oral	75,49	66,49	82,7	76,63	65,76	84,85	72,06	55,74	84,08
Sofreu violência sexual em toda a vida	46,63	39,39	54,01	47,93	39,08	56,92	42,61	32,58	53,27
***Sofreu violência sexual nos últimos 12 meses	40,04	28,39	52,94	37,89	26,03	51,39	47,81	21,39	75,52

* Nos 30 dias anteriores à pesquisa

**p-valor <0,05

***Apenas pessoas que referiram violência sexual na vida foram incluídas na análise.

5. História reprodutiva

O número médio de gestações e de nascidos vivos das mulheres usuárias de crack e/ou similares foi de, respectivamente, 3,82 (IC9% 3,38-4,25) e 2,56 (IC95% 2,32-2,81). Aproximadamente 46% das mulheres relataram quatro ou mais gestações ao longo da vida (45,93% [IC95% 38,80-53,24]) (Tabela 7).

No Brasil, segundo os dados do Censo 2010, as mulheres tinham, em média, 1,9 filho (IBGE, 2010a). A projeção da taxa de fecundidade para 2013 era de 1,77 filho/mulher (IBGE, 2013), o que se mostra fortemente discrepante da taxa de fecundidade estimada para as mulheres usuárias nas cenas de uso de crack. Ainda que levando em conta as diferenças metodológicas dos dois estudos de natureza, respectivamente, censitária e amostral, a diferença evidenciada é muito expressiva.

O número médio de gestações e nascidos vivos após o início do uso de crack e/ou similares foi de, respectivamente, 1,52 (IC95% 1,25-1,79) e 1,14 (IC95% 0,92-1,36). Das mulheres que gestaram ao menos uma vez na vida, mais de 60% delas referiu pelo menos uma gravidez após terem começado a usar crack e/ou similares (64,59% [IC95% 55,84-72,47]). Destas, cerca de metade apresentou ao menos uma gestação que não evoluiu até o final (nascimento) ou que resultou em um feto natimorto (49,04% [IC95% 39,47-58,68]) (Tabela 7).

Aproximadamente 13% das mulheres responderam que estavam grávidas no momento da entrevista (13,34% [IC95% 9,48-18,45]), com uma frequência estatisticamente maior de gestações na amostra referente às capitais, quando comparada às não capitais (respectivamente, 15,58% [IC95% 10,63-22,27] e 6,31% [IC95% 3,90-10,05]) (Tabela 7).

Tabela 7: História reprodutiva de mulheres usuárias de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

História reprodutiva de mulheres usuárias de crack e/ou similares	%	Brasil		%	Capital		%	Não-capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
No. de gestações na vida									
0	9,92	6,2	15,5	8,17	4,43	14,58	15,43	7,01	30,63
1	9,03	6,83	11,86	8,81	6,19	12,37	9,74	6,59	14,18
02-03	35,12	27,86	43,13	34,1	25,12	44,38	38,32	29,87	47,55
>3	45,93	38,8	53,24	48,93	40,35	57,57	36,51	24,58	50,36
No. de nascidos vivos									
0	15,75	10,68	22,62	13,32	7,85	21,7	23,39	13,4	37,59
1	16,59	13,18	20,68	17,18	13,07	22,27	14,73	10,08	21,03
02-03	43,74	35,38	52,48	43,6	33,6	54,15	44,2	30,7	58,61
>3	23,92	19,26	29,3	25,9	20,24	32,49	17,68	10,75	27,71
No. de gestações após início de uso de crack/similares									
0	41,87	34,1	50,06	41,38	32,24	51,16	43,42	29,78	58,13
1	17,65	14,08	21,9	17,16	13,18	22,03	19,22	12,46	28,47
02-03	29,24	23,13	36,2	28,85	22,26	36,48	30,48	17,54	47,47
>3	11,24	7,5	16,52	12,61	7,88	19,59	6,88	4,18	11,13
No. de nascidos vivos pós-crack**									
0	19,23	13,22	27,12	19,8	12,56	29,79	17,28	10,29	27,55
1	28,99	22,15	36,95	25,18	19,6	31,71	42,03	22,29	64,69
02-03	39,3	32,3	46,77	41,83	33,81	50,32	30,64	19,25	45
>3	12,48	8,38	18,19	13,19	8,55	19,8	10,06	3,79	24,09
História de gestação após crack com desfecho ruim**	49,04	39,47	58,68	48,03	37,14	59,11	52,5	34,22	70,14
Relato de gestação no momento da entrevista	13,34	9,48	18,45	15,58*	10,63	22,27	6,31*	3,9	10,05

*p-valor <0,05

**Considerando apenas as mulheres que engravidaram após início do uso de crack.

6. Prevalência da infecção por HIV e HCV

Grande parte das mulheres relatou já ter realizado testagem para o HIV previamente à pesquisa (70,84% [IC95% 62,46-78,02]), proporção esta estatisticamente mais elevada do que aquela referente aos usuários do sexo masculino (39,31% [IC95% 35,20-43,58]). Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes quanto ao relato de testagem para o HIV entre as mulheres nas capitais (73,53% [IC95% 63,03-81,91]) e não capitais (62,73% [IC95% 48,01-75,41]). Habitualmente, as mulheres se mostram mais assíduas aos serviços de saúde, além de haver recomendação por parte do Ministério da Saúde quanto à testagem para o HIV durante o pré-natal e o parto, o que pode justificar em parte tal diferença. A cobertura de realização de teste para o HIV em mulheres que realizaram pré-natal era, em média, de 62% para todo o Brasil, em meados da década passada (Szwarcwald

et al., 2008), e há dados não sistematizados no sentido de que essa cobertura vem se ampliando em anos recentes. Infelizmente, o presente estudo evidenciou uma cobertura bastante insatisfatória entre as mulheres usuárias de crack e/ou similares.

A prevalência para a infecção pelo HIV entre as mulheres foi de 8,17% (IC95% 5,55-11,88), a qual foi estatisticamente superior à taxa observada entre os homens (4,01% [IC95% 2,72-5,88]). Este cenário se contrapõe ao observado na população geral, em que a prevalência em homens (0,8%) é mais elevada do que entre as mulheres (0,4%) (Brasil, 2012a), o que aponta para mais uma dimensão da vulnerabilidade ampliada das mulheres usuárias. Esta vulnerabilidade ampliada resulta de fatores biológicos, desigualdades de gênero e inserção social (Santos et al., 2009).

A prevalência de positividade sorológica (sororreatividade) para o vírus da hepatite C (HCV) entre as mulheres foi 2,23% (IC95% 1,18-4,19), semelhante à encontrada nos homens (2,75 [IC95% 1,67-4,50]). Ainda que com um diferencial bastante menor do que aquele referente à infecção pelo HIV, a positividade para o HCV também se mostrou mais elevada do que aquela estimada para a população geral brasileira (1,38% [IC95% 1,12-1,64]) (Brasil, 2012b). Segundo dados do *Boletim Epidemiológico de Hepatites Virais*, a

razão de sexos de hepatite C tem decrescido no decorrer dos anos, e era de 1,4:1,0 caso entre homens/mulheres em 2010 (Brasil, 2012b).

Não foi observada diferença entre mulheres de capitais e não capitais em relação às prevalências para infecção pelo HIV (respectivamente, 8,71% [IC95% 5,50-13,52] e 6,51% [IC95% 3,49-11,80]) e HCV (respectivamente, 1,91% [IC95% 1,06-3,42] e 3,26% [IC95% 0,72-13,58]).

7. Autopercepção em saúde e acesso a serviços

Uma proporção expressiva das mulheres considerou seu estado de saúde física como bom / muito bom / excelente (43,07% [IC95% 36,49-49,91]), ao passo que proporção aproximadamente similar classificou o mesmo como ruim (40,78% [IC95% 33,15-48,88]). De maneira semelhante, proporções similares de mulheres referiram seu estado de saúde mental como sendo bom / muito bom / excelente (38,72% [IC95% 31,97-45,94]) e ruim (39,54% [IC95% 32,13-47,48]). Na análise comparativa por sexo, observou-se diferença estatisticamente significativa entre mulheres e homens em relação à saúde física e à mental referidas (Tabela 8). Ainda assim, os indivíduos de ambos os sexos se mostram bastante

mais otimistas em relação a seu estado de saúde do que aquilo que seria de se esperar, tanto pelo relato frequente de diversos sinais e sintomas por parte dos próprios usuários, quanto pela avaliação que os profissionais de saúde habitualmente fazem do seu estado de saúde.

Damacena et al. (2005) identificaram diferenças semelhantes por sexo, na população geral brasileira, com um pior estado de saúde auto-referido entre mulheres que entre homens. Ainda assim, salta aos olhos o otimismo com que usuários de ambos os sexos se avaliam, quando comparados a pessoas de seus respectivos gêneros na população geral brasileira.

Tabela 8: Estado de saúde física e mental auto-referido e acesso a serviços de saúde relatado por usuários de crack e/ou similares segundo sexo, Brasil, 2012

Estado de saúde auto-referido e acesso a serviços de saúde por sexo (Brasil)	Brasil					
	Feminino			Masculino		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Estado de saúde física**						
Excelente / Muito boa / Boa	43,07	36,49	49,91	49,38	46,39	52,37
Satisfatória	16,15	13,12	19,72	21,1	18,92	23,45
Ruim	40,78	33,15	48,88	29,53	26,71	32,51
Estado de saúde mental**						
Excelente / Muito boa / Boa	38,72	31,97	45,94	56,83	53,58	60,03
Satisfatória	21,73	15,88	29	16,5	14,41	18,82
Ruim	39,54	32,13	47,48	26,67	23,4	30,22
*Relato de ter procurado algum serviço de saúde**	29,97	23,78	36,98	17,53	15,4	19,87
Tem vontade de se tratar	77,85	71,55	83,08	77,04	73,95	79,87
Usaria o serviço se estivesse disponível	81,76	72,43	88,43	82,24	79,51	84,67

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

**p-valor <0,05

Aproximadamente 30% das mulheres referiu ter procurado um serviço de saúde (posto/centro de saúde, ambulatório ou UPA) nos últimos 30 dias (29,97% [IC95% 23,78-36,98]), proporção estatisticamente maior quando comparadas aos homens (17,53% [IC95% 15,40-19,87]) (Tabela 8).

Tal achado coincide com o observado na população em geral, na qual a busca por serviços de saúde é maior e mais frequente em mulheres que em homens. De acordo com o levantamento de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), 76,1% das mulheres haviam consultado médicos nos últimos 12 meses, ao passo que, entre os homens, essa proporção foi de 58,8% (IBGE, 2010b).

Cerca de oito em cada dez mulheres usuárias de crack no país relataram que gostariam de realizar um tratamento para o uso de drogas (77,85% [IC95% 71,55-83,08]), desejo também manifestado frequentemente pelos homens (77,04% [IC95% 73,95-79,87]). Além disso, a grande maioria de mulheres e homens respondeu que se valeria de um serviço para atender pessoas que usam drogas, caso este existisse (respectivamente, 81,76% [IC95% 72,43-88,43] e 82,24% [IC95% 79,51-84,67]) (Tabela 8).

Na análise comparativa por local, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre mulheres de capitais e não capitais em relação ao estado de saúde física e mental auto-referido, relato de acesso a serviços de saúde nos 30 dias anteriores à pesquisa, vontade de tratamento e relato de que usaria o serviço se disponível (Tabela 9).

Aproximadamente metade das usuárias grávidas no momento da entrevista referiram ter procurado serviços de saúde (num conjunto de estabelecimentos que incluía postos / centros de saúde / ambulatório / UPAs), nos últimos 30 dias (52,47% [IC95% 29,98-74,01]), o que chama a atenção para a baixa frequência (ou mesmo ausência) de acompanhamento pré-natal, uma vez que metade das mulheres não havia procurado qualquer serviço de saúde. Ainda que claramente insuficiente em ambos os contextos, a busca por um desses serviços por mulheres grávidas se mostrou mais elevada nas não capitais (81,05% [IC95% 56,22-93,44]) do que nas capitais (48,75% [IC95% 24,23-73,89]), porém o nível de significância estatística foi limítrofe (0,051) (Tabela 9).

Tabela 9: Estado de saúde física e mental auto-referido e acesso a serviços de saúde relatado por mulheres usuárias de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

Estado de saúde auto-referido e acesso a serviços de saúde Mulheres	%	Brasil		%	Capital		%	Não-capital	
		IC95%			IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Estado de saúde física									
Excelente / Muito boa / Boa	43,07	36,49	49,91	39,74	32,73	47,21	53,02	38,45	67,09
Satisfatória	16,15	13,12	19,72	16,54	12,7	21,26	14,97	11,97	18,56
Ruim	40,78	33,15	48,88	43,71	35,04	52,79	32,01	18,69	49,1
Estado de saúde mental									
Excelente / Muito boa / Boa	38,72	31,97	45,94	36,42	28,85	44,72	45,81	32,82	59,4
Satisfatória	21,73	15,88	29	24,27	16,72	33,83	13,95	10,39	18,47
Ruim	39,54	32,13	47,48	39,32	30,55	48,82	40,25	27,52	54,44
Relato de ter procurado algum serviço de saúde*	29,97	23,78	36,98	29,93	22,44	38,67	30,09	21,1	40,93
Relato por grávidas de ter procurado algum serviço de saúde*	52,47	29,98	74,01	48,75	24,23	73,89	81,05	56,22	93,44
Tem vontade de se tratar	77,85	71,55	83,08	77,04	69,08	83,44	80,35	71,88	86,74
Usaria o serviço se estivesse disponível	81,76	72,43	88,43	80,59	68,19	88,93	85,34	80,14	89,36

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

8. Considerações Finais

O presente estudo identificou que mulheres usuárias de crack e/ou similares encontram-se inseridas em contextos de maior vulnerabilidade e apresentam baixa escolaridade, experiência cotidiana de viver em situação de rua, histórico de violência sexual, uso concomitante e intenso de drogas lícitas e ilícitas, uso infrequente de preservativos, troca de sexo por dinheiro e/ou drogas, entre outros elementos de vulnerabilidade individual e social. A trajetória dessas mulheres, marcada pela desigualdade de gênero e pela inserção social precária, se torna ainda mais adversa, no contexto do uso abusivo/dependente de drogas e sua inserção nas cenas de uso.

A inter-relação entre uso de crack e comportamentos sexuais de maior risco se reflete na elevada prevalência da infecção pelo HIV, duas vezes a encontrada em homens e dez vezes aquela evidenciada na população feminina em geral, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2012a).

É possível, e absolutamente necessário, aprimorar a referência e contrarreferência das mulheres de/para serviços de atenção primária, saúde mental e tratamento do abuso de substâncias de forma integrada e que levem em consideração as necessidades específicas das mulheres, em um ambiente de não discriminação.

A exposição a situações de risco para doenças sexualmente transmissíveis, a prevalência bastante elevada de infecção pelo HIV e o relato frequente de violência sexual, associados à história de gestações com mau resultado obstétrico após o início de uso de crack e/ou similares e acompanhamento pré-natal inadequado, ressalta a necessidade de atenção à saúde direcionada para essa parcela da população, que não deve se restringir à esfera obstétrica, mas abranger os demais aspectos da saúde da mulher, com ênfase na prevenção, acesso amplo e não discriminatório ao tratamento e reinserção social.

Referências

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - HIV/Aids. Ano I – no. 01 (até semana epidemiológica 52^a). Dezembro de 2012a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico – Hepatites Virais. Ano III – no. 01. 2012b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/51820/boletim_epidemiol_gico_hepatites_virais_2012_ve_12026.pdf.
- Damacena GN, Vasconcellos MTL, Szwarcwald CL. Perception of health state and the use of vignettes to calibrate for socioeconomic status: results of the World Health Survey in Brazil, 2003. *Cad Saúde Pública* 2005; 21 (Supl 1): S65-S77.
- Franconi F, Campesi I, Occhioni S, Antonini P, Murphy MF. Sex and gender in adverse drug events, addiction, and placebo. *Handb Exp Pharmacol* 2012; 214:107-26. doi: 10.1007/978-3-642-30726-3_6.
- Green CA. Gender and use of substance abuse treatment services. *Alcohol Res Health* 2006; 29(1): 55-62.
- IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 2000-2060. Projeção da população por Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030. Brasília: IBGE, 2013. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf.
- IBGE. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultado do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010a. 270 p. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf.
- IBGE. Um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. 256 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf.

Livingston JD, Milne T, Fang ML, Amari E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction* 2012; 107(1): 39-50.

Nielsen-Saines K, Watts DH, Veloso VG, Bryson YJ, Joao EC, Pilotto JH, et al. Three postpartum antiretroviral regimens to prevent intrapartum HIV infection. *N Engl J Med* 2012; 366(25): 2368-79.

OMS. Violencia contra la mujer. Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva no. 239. Noviembre de 2012. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/index.html>.

Santos NJS, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EMV. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica* 2009; 25(Suppl 2): S321-33.

Szwarcwald CL, Barbosa Jr A, Souza Jr PRB, Lemos KRV, Frias PG, Luhm KR, et al. HIV testing during pregnancy: use of secondary data to estimate 2006 test coverage and prevalence in Brazil. *Braz J Infect Dis* 2008; 12(3): 167-72.

Tuchman E. Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *J Addict Dis* 2010; 29(2): 127-38.

Capítulo 7

Aspectos de saúde e acesso a serviços de atenção por usuários de crack e/ou similares: resultados do inquérito nacional

*Carolina Coutinho, Emilia Jalil, Neilane Bertoni e Francisco Inácio Bastos em
nome do grupo de Pesquisa “Inquérito Epidemiológico”*

1. Introdução

O consumo abusivo de drogas tem sido associado a vários riscos, danos e problemas no âmbito da saúde e da vida familiar e social dos indivíduos. Habitualmente, usuários de drogas são pessoas marginalizadas, às voltas com experiências de estigma e preconceito que influenciam de forma negativa seu estado de saúde ao dificultar, ou mesmo impedir, o acesso delas a serviços de Saúde.

A vulnerabilidade dos indivíduos aos problemas de saúde pode ser analisada do ponto de vista individual, social e programático (segundo a conceituação originalmente formulada por Jonathan Mann; ver: Barata, 2008), todas as quais habitualmente estão comprometidas de forma relevante em usuários de drogas, particularmente de crack. Estudo realizado em 2011, com uma amostra de conveniência de 160 jovens usuários de crack nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador, identificou uma população de baixa escolaridade, de cor negra e com condições instáveis e/ou ausência de moradia (Cruz et al., 2013).

Considerando os seus padrões de consumo e os contextos em que estão inseridos, usuários de crack frequentemente apresentam um comprometimento importante de seu estado de saúde. Vários determinantes sociais afetam, de forma mais ou menos direta, o estado de saúde de usuários de drogas, como exclusão social, envolvimento com a justiça criminal, baixa escolaridade e situação de rua (Victorian Government, 2006). Paralelamente a isso, o estigma decorrente do envolvimento com drogas contribui para o agravamento dessa situação ao dissociar o usuário das pessoas e instituições que poderiam lhe oferecer suporte e apoio material e emocional, e afastá-lo dos serviços sociais e de saúde (Tindal et al., 2010).

Uma frequência elevada de diversos agravos à saúde física e mental tem sido observada nessa população por diferentes estudos, em contextos diversos, como a América do Norte e o Brasil (Buchanan et al., 2006; Cruz et al., 2013). Além disso, têm sido descri-

tos comportamentos de risco associados a diferentes infecções/doenças infecciosas neste grupo, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e o vírus da hepatite C (HCV) (Bastos et al., 2005; Malta et al., 2008; Nurutdinova et al., 2011; Cruz et al., 2013). Em pessoas vivendo com HIV/AIDS, o uso de crack se mostrou associado à progressão da doença e a uma menor adesão ao tratamento antirretroviral (Baum et al., 2009; Riley et al., 2011).

O acesso a serviços de saúde é função de fatores associados à oferta (particularmente à existência e à acessibilidade de serviços) e à demanda, determinada por características demográficas e sociais da clientela potencial, além da autopercepção acerca do estado de saúde e da necessidade de procurar ajuda e receber cuidados (Barata, 2008).

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído no âmbito da Constituição Federal de 1988 e tem como um de seus princípios norteadores a equidade no acesso aos serviços de saúde, que leva em conta a heterogeneidade estrutural entre indivíduos, segmentos sociais e comunidades (Escorel, 2008). Ainda que exista tal garantia constitucional, há uma série de barreiras ao acesso aos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito a populações socialmente desfavorecidas e ao eventual comprometimento de seu discernimento e capacidade de avaliação, caso dos usuários dependentes de crack.

Este capítulo sumariza achados relativos a aspectos de saúde e de acesso a serviços por usuários de crack e/ou similares, obtidos a partir da pesquisa intitulada “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil” e os dados relacionados à sua saúde. Todos os resultados apresentados neste capítulo são de natureza descritiva, contemplando análises bivariadas. Os dados foram inseridos em tabelas de contingência, e as proporções foram comparadas por meio do teste do qui-quadrado. Adotou-se o valor de p de 0,05 como estatisticamente significativo, segundo os propósitos basicamente descritivos dessas tabulações iniciais.

2. Acesso a serviços

Aproximadamente 27% dos usuários de crack e/ou similares no Brasil informaram ter acessado algum tipo de serviço de saúde¹ nos 30 dias anteriores à entrevista (27,26% [IC95% 24,64-30,05]), não tendo sido observada diferença estatisticamente significativa entre usuários recrutados em capitais e em não capitais ($p>0,05$) (Tabelas 1 e 2). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), que é realizada com a população brasileira em geral, identificou que quase 70% das pessoas entrevistadas haviam realizado alguma consulta médica no último ano (IBGE, 2010), proporção bastante superior à identificada na pesquisa atual, ainda que tenham sido utilizados diferentes marcos temporais (últimos 12 meses e 30 dias).

Infelizmente, não nos foi possível localizar dados recentes relativos ao número de pessoas que se consultaram com profissional de Saúde nos últimos 30 dias para a população geral brasileira, o que impede uma comparação mais adequada com os nossos achados. De um modo geral, os indicadores sistematizados pelo Ministério da Saúde se referem à média, por habitante, de consultas realizadas no âmbito do SUS no último ano, o que difere de forma ainda mais pronunciada dos resultados que foram obtidos no nosso estudo² e torna impossível qualquer análise comparativa.

O acesso a serviços de Saúde se mostrou diferente nos usuários de acordo com o sexo, com uma proporção significativamente mais elevada deste relato em mulheres do que homens (respectivamente, 38,09% [IC95% 31,56-45,09] e 24,23% [IC95% 21,73-26,91], $p=0,000$). Esta observação coincide com os dados obtidos para a população em geral por meio da PNAD, de que as mulheres buscam mais serviços de saúde do que homens. Segundo a PNAD, aproximadamente 76% das mulheres haviam consultado médicos nos últimos 12 meses, ao passo que, entre os homens, essa proporção havia sido de 58,8% (IBGE, 2010). Cabe ressaltar, mais uma vez, a diferença das

respectivas pesquisas quanto aos marcos temporais adotados e a inexistência (até onde nos foi possível averiguar) de dados nacionais recentes sobre consultas no mês anterior à entrevista.

No Brasil, aproximadamente 10% dos usuários de crack e/ou similares informaram ter utilizado algum serviço de internação para tratamento de dependência química³ nos 30 dias anteriores à pesquisa (10,31% [IC95% 8,53-12,425]), sendo esta proporção estatisticamente maior entre usuários das capitais do que em não-capitais (respectivamente, 11,61 [IC95% 9,39-14,27]) e 7,59% [IC95% 5,22-10,93], $p=0,03$). Já o uso de serviço extra-hospitalar para tratamento de dependência química⁴ foi referido por 6,55% (IC95% 5,17-8,26) dos usuários de crack e/ou similares no Brasil, sem que fosse observada diferença estatisticamente significativa entre capitais e não-capitais (respectivamente, 5,65% [IC95% 4,48%-7,10%] e 8,44% [IC95% 5,72-12,31], $p>0,05$) (Tabelas 1 e 2).

A utilização de serviços de assistência social também foi relatada por uma pequena parcela dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Apenas 12,67% (IC95% 10,43-15,31) dos usuários informou ter utilizado algum serviço de acolhimento institucional e/ou outros serviços da rede pública de assistência social⁵ nos 30 dias anteriores à pesquisa, ao passo que utilização de serviços na esfera da previdência social (3,67% [IC95% 2,65-5,05]) e acesso a programas para conseguir trabalho/emprego e renda (8,01% [IC95% 6,67-9,60]) foram relatados por proporções ainda menores de usuários.

Aproximadamente 17% dos usuários de crack e/ou similares acessaram serviços que fornecem alimentação gratuita (17,54% [IC95% 15,06-20,34%]), cabendo registrar que este acesso foi significativamente maior entre aqueles recrutados nas capitais, se comparados aos provenientes de não-capitais (respectivamente, 21,43% [IC95% 18,26-24,98] e 9,38% [IC95% 7,37-11,86], $p=0,000$) (Tabelas 1 e 2).

¹ Posto/Centro de saúde/Ambulatório/Unidade de pronto atendimento (UPA)/Hospital (internação)/Emergência

² Ver, por exemplo, dados disponíveis em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/Com_F01.pdf

³ Hospital psiquiátrico/Clinica Especializada/Comunidade terapêutica/Casa de acolhimento transitório (CAT) ou albergue terapêutico ofertados pelo SUS

⁴ Centro de atenção psicossocial – Álcool e Drogas (Caps-AD)/Serviço Universitário.

⁵ Centro de referência de assistência social (CRAS)/ Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS)/Abrigo/Casa de Passagem.

Proporções ínfimas de usuários de crack e/ou similares relataram ter utilizado serviços do tipo redução de danos⁶ nos 30 dias anteriores à pesquisa (1,83% [IC95% 1,19-2,80]) (Tabelas 1 e 2), o que poderia estar associado a questões como indisponibilidade ou inacessibilidade

deste tipo de serviço em diversos municípios do país, uma vez que a grande maioria dos usuários informou que utilizaria um serviço para atender pessoas que usam drogas se existisse algum serviço próximo ao local onde vive (82,13% [IC95% 79,20-84,72]) (Figuras 1 e 2).

Tabela 1: Utilização de serviços de saúde e assistência social por usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Serviço de saúde*	27,26	24,64	30,05
Serviço de internação para tratamento de dependência química*	10,31	8,53	12,42
Serviço extra-hospitalar para tratamento de dependência química*	6,55	5,17	8,26
Serviço de acolhimento institucional/assistência social (CRAS, CREAS, abrigo)*	12,67	10,43	15,31
Serviço de previdência social*	3,67	2,65	5,05
Programa para conseguir trabalho/renda*	8,01	6,67	9,60
Serviço para alimentação gratuita*	17,54	15,06	20,34
Programa de troca de seringas/Redução de danos*	1,83	1,19	2,80

*Nos 30 dias anteriores à pesquisa

Tabela 2: Utilização de serviços de saúde e assistência social por usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, Brasil, 2012

	%	Capital		%	Não capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Serviço de saúde*	29,00	25,93	32,26	23,60	19,24	28,59
**Serviço de internação para tratamento de dependência química*	11,61	9,39	14,27	7,59	5,22	10,93
Serviço extra-hospitalar para tratamento de dependência química*	5,65	4,48	7,10	8,44	5,72	12,31
Serviço de acolhimento institucional/assistência social (CRAS, CREAS, abrigo)*	14,57	12,10	17,45	8,66	5,06	14,43
Serviço de previdência social*	3,60	2,53	5,10	3,80	1,94	7,30
Programa para conseguir trabalho/renda*	7,60	5,96	9,65	8,89	6,78	11,56
**Serviço para alimentação gratuita*	21,43	18,26	24,98	9,38	7,37	11,86
**Programa de troca de seringas/Redução de danos*	2,42	1,52	3,83	0,59	0,32	1,09

* Nos 30 dias anteriores à pesquisa

** $p < 0,05$

⁶ Programas de troca de seringa/Programa de redução de danos (para problemas com droga ou sexo)

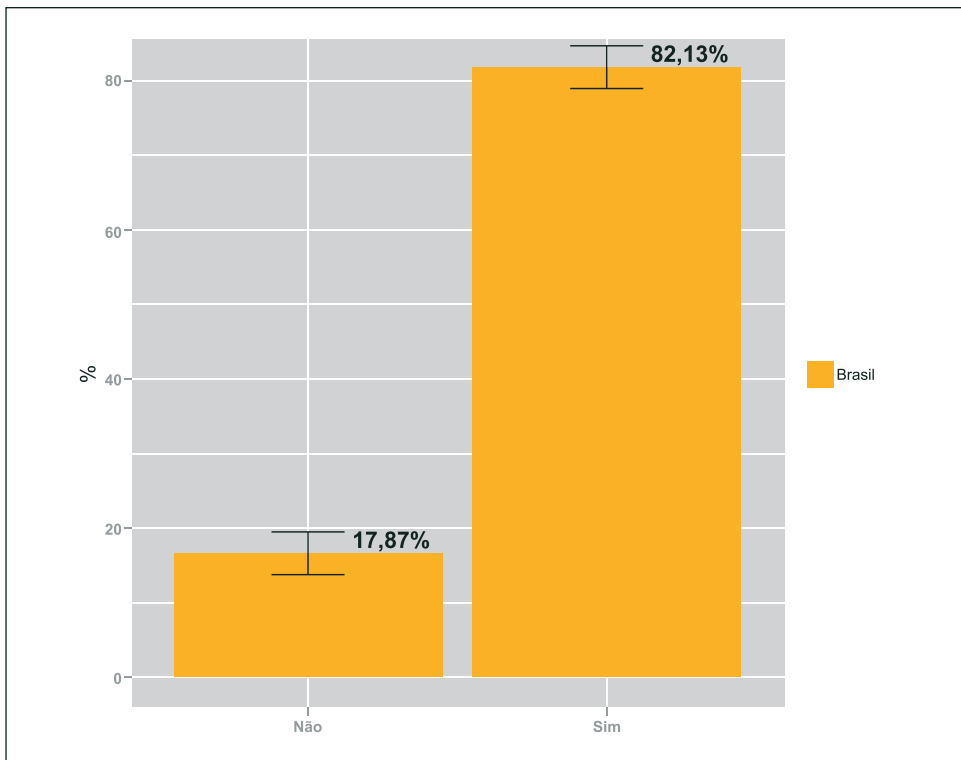


Figura 1:

Usuários de crack e/ou similares que utilizariam serviço para atender pessoas que usam drogas se existisse este serviço próximo de onde vivem (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), Brasil, 2012

A ampla maioria dos usuários de crack e/ou similares do Brasil (77,23% [IC95% 74,73-79,55]) relatou ter vontade de realizar tratamento para o uso de drogas no momento da entrevista (Figuras 3 e 4). Aprofundando esta questão, os usuários foram questionados sobre quais aspectos consideravam importante em um serviço de assistência para pessoas

que usam drogas. Quase a totalidade dos usuários apontou que seria importante que esses serviços fornecessem um suporte básico de modo a garantir sua sobrevivência e dignidade, como cuidados básicos de saúde (97,18% [IC95% 96,14-97,94]) e higiene (96,73% [IC95% 95,33-97,72]), alimentação (96,92% [IC95% 95,77-97,76]), ajuda para conseguir emprego (95,57%

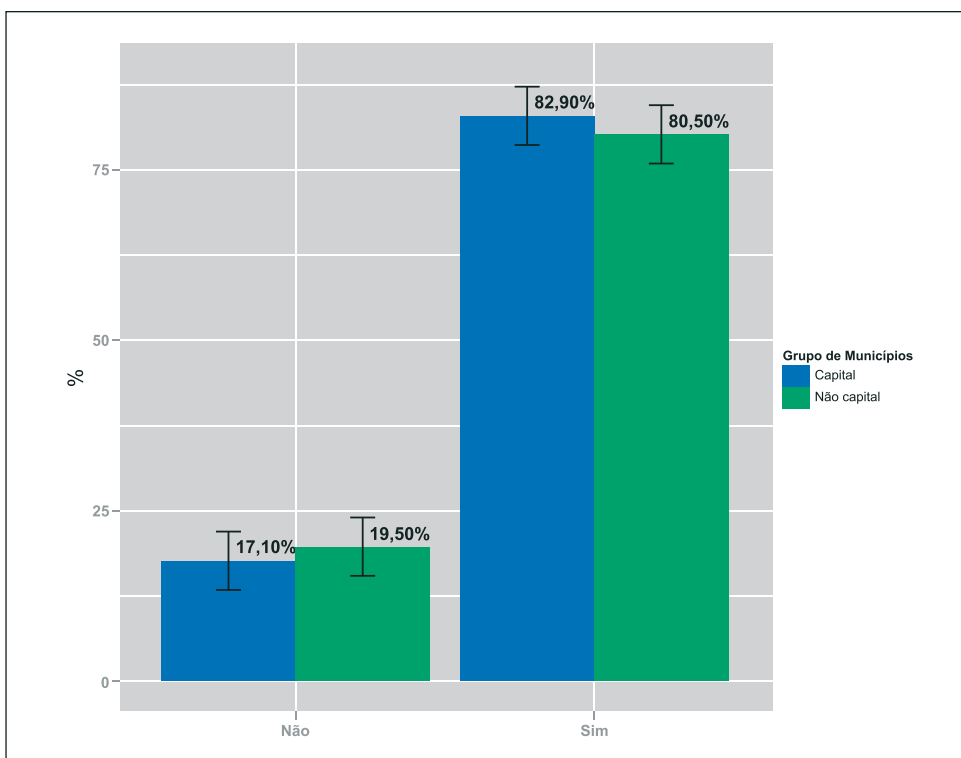


Figura 2:

Usuários de crack e/ou similares que utilizariam serviço para atender pessoas que usam drogas se existisse este serviço próximo de onde vivem (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), por grupo de municípios, 2012

[IC95% 93,96-96,77]) e escola/curso (94,88% [IC95% 93,29-96,11]), bem como que estes serviços fossem gratuitos (97,00% [IC95% 95,69-97,92]). Além disso, a maior parte dos usuários também classificou como importante que o serviço contasse com atividades de lazer (94,81% [IC95% 93,46-95,90]) e serviços sociais básicos⁷ (90,14% [IC95% 88,61-91,49]) (Tabelas 3 e 4).

Ao contrário do que seria desejável numa situação de plena integração entre ações de Segurança Pública e atenção à Saúde, 62,67% (IC95% 59,15-66,07) classificaram como importante o não acesso da polícia ao local. Já os demais usuários (37,33% [IC95% 33,93-40,85]) informaram que o acesso da polícia não interferiria no uso deste tipo de serviço (Tabelas 3 e 4). Tal indiferença ou, mais do que isso, a aparente incompatibilidade de ações e papéis de diferentes instituições e atores sociais não deve ser naturalizada e considerada como algo intuitivo, inevitável e/ou imutável. Serviços e agentes de Segurança Pública e de Assistência Social e de Saúde podem e devem atuar de forma colaborativa, e esta não é uma proposta utópica ou desprovida de fundamento empí-

rico. Ações bem sucedidas de integração entre essas instituições e atores sociais vêm sendo documentadas em diversos contextos, como, por exemplo, na experiência, hoje histórica, de policiamento comunitário integrado a ações de Saúde na região de Merseyside, Reino Unido.⁸

Aproximadamente 2% dos usuários salientaram alguma outra característica importante para o Serviço de Assistência da pessoas que usam drogas (2,25% [IC95% 1,66-3,06]), para além daquelas que foram questionadas e listadas anteriormente. Dentre essas outras características, que foram mencionadas de forma espontânea sobre o que um serviço de tratamento para dependência química deveria ter, a mais frequentemente citada pelos usuários que referiram algo, foi o cuidado humanizado/qualificação profissional (54,93% [IC95% 25,82-81,02]), assim como o apoio/envolvimento da família no tratamento (8,15% [IC95% 2,24-25,54]). A necessidade de apoio religioso de maneira geral (sem especificação de denominação religiosa e independente de obrigatoriedade) foi relatada por 7,86% [IC95% 2,40-22,83]) destes usuários.

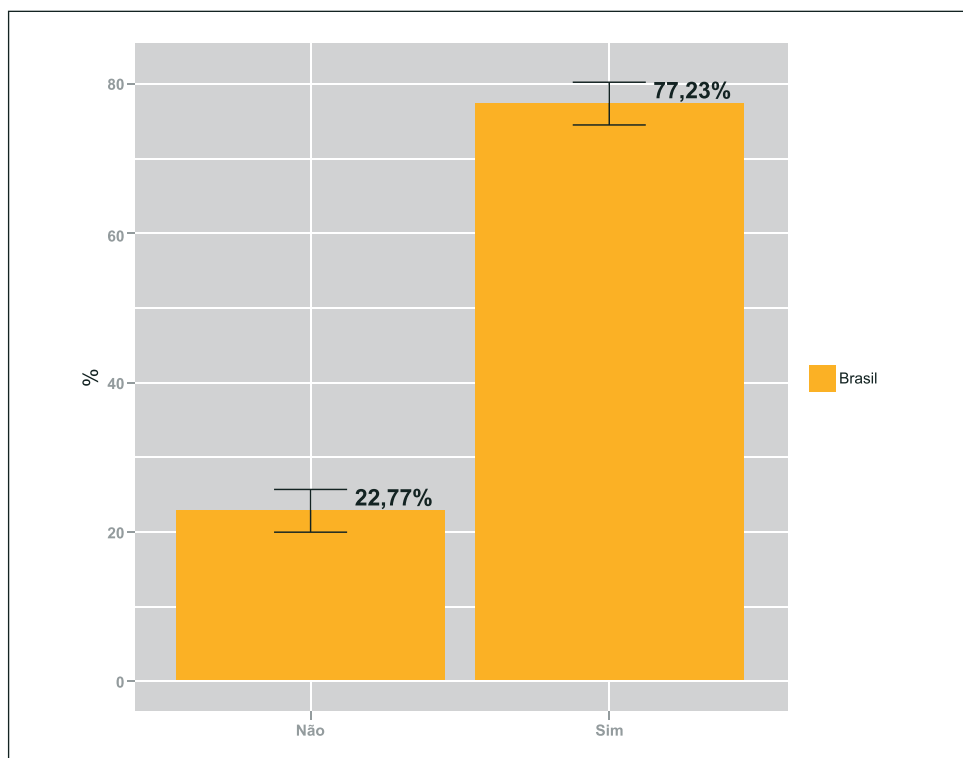


Figura 3:

Usuários de crack e/ou similares que manifestaram vontade de realizar tratamento para o uso de drogas no momento da pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), Brasil, 2012

⁷ (Como encaminhamento para abrigo/retirada de documentos)

⁸ Informações detalhadas sobre o assim denominado "Modelo Merseyside" podem ser obtidas em: <http://www.anypositivechange.org/harmREDprot.pdf>

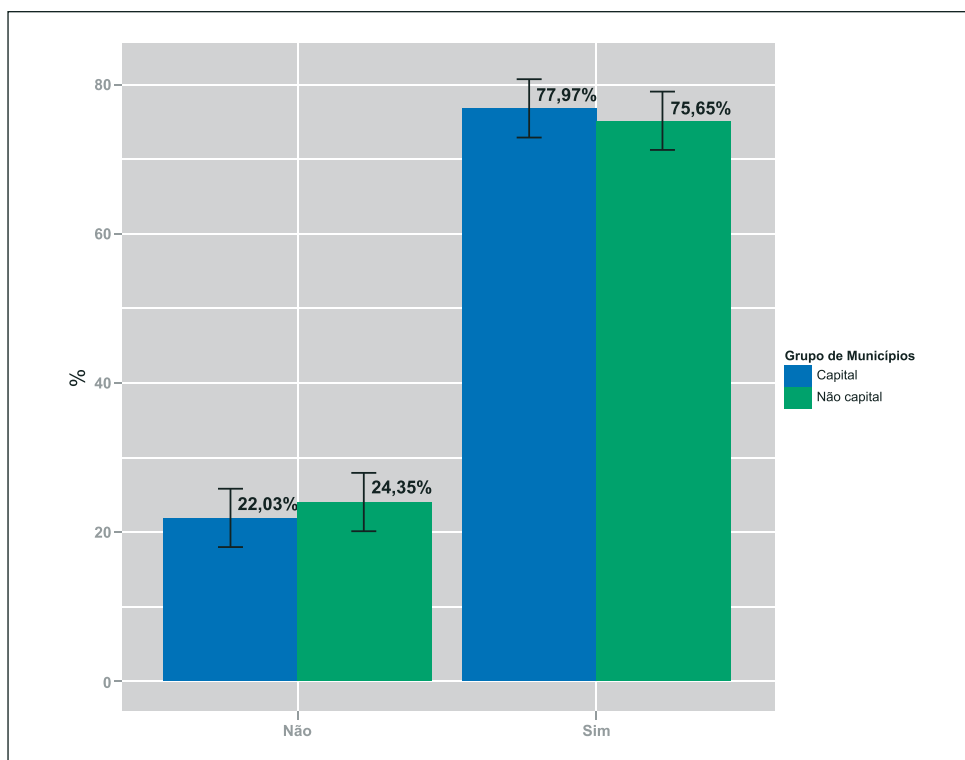


Figura 4:

Usuários de crack e/ou similares que manifestaram vontade de realizar tratamento para o uso de drogas no momento da pesquisa (estimativas pontuais e intervalos de confiança de 95%), por grupo de municípios, 2012

Tabela 3: Aspectos importantes em um serviço de assistência para pessoas que usam drogas, sob o ponto de vista dos usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Alimentação disponível no local	96,92	95,77	97,76
Banho e outros cuidados de higiene disponíveis no local	96,73	95,33	97,72
Encaminhamento/ajuda para conseguir emprego	95,57	93,96	96,77
Encaminhamento/ajuda para escola/curso	94,88	93,29	96,11
Encaminhamento/ajuda/disponibilização de atividades de lazer/esportes	94,81	93,46	95,9
Funcionamento em horário conveniente	87,26	84,59	89,52
Gratuidade do serviço	97	95,69	97,92
Localização próxima ao local onde usam drogas	65,74	62,59	68,75
Manter o anonimato do usuário	69,9	67	72,65
Polícia não tenha acesso ao local	62,67	59,15	66,07
Serviços básico de saúde disponíveis	97,18	96,14	97,94
Serviços sociais básicos disponíveis (encaminhamento para abrigo, retirada de documentos, etc)	90,14	88,61	91,49
Outro aspecto, que não os acima listados	2,25	1,66	3,06

Tabela 4: Aspectos importantes em um serviço de assistência para pessoas que usam drogas, sob o ponto de vista dos usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não Capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Alimentação disponível no local	96,94	95,49	97,93	96,88	94,59	98,23
Banho e outros cuidados de higiene disponíveis no local	97,42	95,96	98,36	95,33	91,83	97,37
Encaminhamento/ajuda para conseguir emprego	95,93	93,69	97,40	94,83	92,39	96,52
Encaminhamento/ajuda para escola/curso	94,97	92,68	96,57	94,69	92,78	96,12
Encaminhamento/ajuda/disponibilização de atividades de lazer/esportes	95,37	93,87	96,52	93,67	90,79	95,70
Funcionamento em horário conveniente	87,40	84,32	89,95	86,96	81,28	91,10
Gratuidade do serviço	96,79	94,93	97,98	97,43	95,78	98,44
Localização próxima ao local onde usam drogas	66,00	62,35	69,47	65,21	59,03	70,91
Manter o anonimato do usuário	69,19	65,38	72,75	71,35	67,07	75,29
Polícia não tenha acesso ao local	61,40	57,65	65,02	65,26	57,64	72,16
Serviços básico de saúde disponíveis	97,48	96,66	98,11	96,55	93,50	98,20
Serviços sociais básicos disponíveis (encaminhamento para abrigo, retirada de documentos, etc)	91,49	89,87	92,87	87,40	83,93	90,21
Outro aspecto, que não os acima listados	2,39	1,80	3,15	1,97	0,89	4,32

3. Comportamento sexual

A maioria dos usuários de crack e/ou similares relatou ter tido relação sexual (vaginal, anal ou oral) nos 30 dias anteriores à entrevista (75,38% [IC95% 72,29-78,23]), proporção esta significativamente mais elevada entre as mulheres do que entre os homens (respectivamente, 83,54% [IC95% 79,38-87,01] e 73,09% [IC95% 69,41-76,49], $p=0,000$) (Tabelas 5, 6 e 7).

Proporção expressiva dos usuários referiu ter tido exclusivamente parceria heterossexual nos 30 dias anteriores à entrevista: 73,45% (IC95% 68,04-78,24) das mulheres referiram ter tido relações sexuais exclusivamente com parceiros do sexo masculino, e 65,48% (IC95% 61,73-69,04) dos homens, apenas com parceiras do sexo feminino. Relações sexuais com parceiros de ambos os sexos foi referida por 4,78% (IC95% 2,83-7,94) das mulheres e por 2,00% (IC95% 1,56-2,56) dos homens. Proporções similares do ponto de vista estatístico foram referidas quanto a parce-

rias exclusivamente homossexuais entre usuários do sexo masculino (3,36% [IC95% 2,09-5,36]) e feminino (4,07% [IC95% 1,90-8,50]) (Tabelas 5, 6 e 7).

Os comportamentos e práticas sexuais podem influenciar o risco de adquirir e transmitir infecções/doenças sexualmente transmissíveis de forma específica, entre indivíduos de ambos os sexos, além de transgêneros (o que não foi avaliado no âmbito da presente pesquisa). Segundo dados do *Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS 2012*, a proporção de casos de AIDS notificados em indivíduos do sexo masculino apresentou aumento de 15% entre homens que fazem sexo com homens (HSH, incluindo homossexuais e bissexuais) e de 8% entre homens heterossexuais nos últimos 10 anos, respectivamente. Entre as mulheres, a imensa maioria dos casos de AIDS notificados ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan⁹), em 2011 (87,9%) foi decorrente de relação heterossexual desprotegida (Brasil, 2012).

⁹ Informações detalhadas sobre Sinan podem ser obtidas em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>

Tabela 5: Tipo de relação sexual referida por usuários de crack e/ou similares, relativa a 30 dias anteriores à pesquisa, Brasil, 2012

	Brasil					
	Masculino			Feminino		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Teve relações sexuais alguma vez nos 30 dias anteriores a pesquisa*	73,09	69,41	76,49	83,54	79,50	86,92
Fez sexo com homens e mulheres	2,00	1,56	2,56	4,78	2,83	7,94
Fez sexo apenas com homens	3,36	2,09	5,36	73,45	68,04	78,24
Fez sexo apenas com mulheres	65,48	61,73	69,04	4,07	1,90	8,50
Fez sexo apenas com travestis	0,16	0,07	0,39	-	-	-
Fez sexo com homens e travestis	0,07	0,02	0,30	0,04	0,01	0,22
Fez sexo com mulheres e travestis	1,02	0,40	2,59	-	-	-

* $p < 0,05$

Tabela 6: Tipo de relação sexual referida por usuários de crack e/ou similares do sexo masculino, relativa a 30 dias anteriores à pesquisa, por grupo de municípios, 2012

	Masculino					
	Capital			Não Capital		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Teve relações sexuais alguma vez nos 30 dias anteriores a pesquisa	75,05	71,35	78,42	69,28	61,25	76,28
Fez sexo com homens e mulheres	1,95	1,42	2,67	2,10	1,41	3,10
Fez sexo apenas com homens	3,95	2,20	7,00	2,20	1,23	3,91
Fez sexo apenas com mulheres	67,36	63,58	70,93	61,81	53,83	69,19
Fez sexo apenas com travestis	0,19	0,07	0,56	0,10	0,03	0,34
Fez sexo com homens e travestis	0,11	0,03	0,46	-	-	-
Fez sexo com mulheres e travestis*	0,41	0,18	0,93	2,21	0,65	7,27

* $p < 0,05$

Tabela 7: Tipo de relação sexual referida por usuários de crack e/ou similares do sexo feminino, relativa a 30 dias anteriores à pesquisa, por grupo de municípios, 2012

	Feminino					
	Capital			Não Capital		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Teve relações sexuais alguma vez nos 30 dias anteriores a pesquisa	82,84	77,69	87,00	85,67	80,01	89,93
Fez sexo com homens e mulheres	4,80	2,47	9,11	4,70	2,53	8,56
Fez sexo apenas com homens	72,75	65,82	78,73	75,55	68,95	81,13
Fez sexo apenas com mulheres	3,95	1,49	10,02	4,45	1,55	12,11
Fez sexo com homens e travestis*	0,01	0,00	0,06	0,14	0,02	1,04

* $p < 0,05$

Cerca de 25% dos usuários de crack e/ou similares que relataram terem tido algum tipo de relação sexual (com pessoas do sexo oposto e do mesmo sexo) nos 30 dias anteriores à pesquisa informaram exclusivamente parcerias sexuais fixas¹⁰ (25,58% [IC95% 22,88-28,48]), relato este significativamente mais frequente entre as mulheres do que entre os homens (respectivamente, 32,17% [IC95% 26,23-38,74] e 23,80% [IC95% 21,09-26,74], $p=0,006$). Quase a totalidade dos usuários que relatou exclusivamente parceria sexual fixa informou ter tido apenas um parceiro(a) nos 30 dias anteriores à entrevista (95,18% [IC95% 93,45-96,47]), com proporções semelhantes para usuários de ambos os sexos (94,95% [IC95% 92,82-96,47] dos homens e 95,79% [IC95% 92,09-97,80] das mulheres). O uso consistente (em todas as relações sexuais) de preservativo neste tipo de parceria foi relatado por apenas 18,39% (IC95% 15,24-22,02) dos usuários de crack e/ou similares, proporção esta que se mostrou semelhante para homens e mulheres (com 18,52% [IC95% 14,63-23,16] e 18,11% [IC95% 13,21-24,31], respectivamente) (Tabela 8).

Relações sexuais eventuais¹¹ nos 30 dias anteriores à pesquisa foram relatadas por mais da metade dos usuários de crack e/ou similares (57,15% [IC95% 52,90-61,31]), com uma proporção significativamente maior entre homens do que entre as mulheres (59,35% [IC95% 54,94-63,62] e 50,10% [IC95% 41,53-58,67], $p=0,039$, respectivamente). Mais da metade dos usuários de crack e/ou similares com relato de parceria eventual informou ter tido de 2 a 5 parceiros eventuais diferentes nesse período (57,19% [IC95% 51,60-62,59]). O uso consistente de preservativo no âmbito desta parceria foi relatado por 51,69% (IC95% 47,60-55,76) dos usuários, sem que tivesse sido observada diferença

estatisticamente significativa entre homens e mulheres (51,77% [IC95% 47,75-55,76] e 51,41% [IC95% 37,58-65,03], respectivamente) (Tabela 8).

Aproximadamente um em cada quatro usuários de crack e/ou similares deu/forneceu dinheiro ou drogas em troca de sexo nos 30 dias anteriores à entrevista (23,87% [IC95% 20,82-27,21]), sendo esta proporção em homens aproximadamente seis vezes a observada em mulheres (29,55% [IC95% 25,80-33,60] e 5,34% [IC95% 2,20-12,39], $p=0,000$, respectivamente). Dentre os usuários que deram dinheiro ou drogas em troca de sexo, 5,02% (IC95% 3,50-7,15) declarou ter tido mais de 10 parceiros(as) nos 30 dias anteriores à entrevista. O uso consistente de preservativo neste tipo de parceria foi relatado por 60,95% (IC95% 55,33-66,30) dos usuários de crack e/ou similares (Tabela 8).

Uma proporção relevante de usuários (20,31% [IC95% 18,33-24,63]) referiu ter recebido dinheiro ou drogas em troca de sexo nos 30 dias anteriores à entrevista. Ao contrário (e, aparentemente, de forma complementar) do observado quanto ao relato de ter dado/fornecido dinheiro ou drogas em troca de sexo, a proporção de mulheres que recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo foi significativamente maior que a de homens que referiram tal prática (48,36% [IC95% 40,28-56,52] e 13,00% [IC95% 10,65-15,79], $p=0,000$, respectivamente). Dentre esse grupo de mulheres, a parceria sexual com 10 ou mais parceiros nos 30 dias anteriores à pesquisa foi relatada por 22,60% (IC95% 15,73-31,35) das entrevistadas, dado preocupante ao considerar que 32,60% (IC95% 18,05-51,50) das mulheres que receberam dinheiro ou drogas em troca de sexo relatou não ter utilizado preservativo nos 30 dias anteriores à entrevista (Tabela 8).

¹⁰ Parceiro(a) fixo(a) é alguém com quem manteve ou mantém relação sexual regularmente. Pode ser um namorado(a), esposa/marido, companheiro(a) ou alguém com quem a pessoa não recebe/dá nenhum dinheiro ou drogas para ter sexo.

¹¹ Parceiro(a) eventual é alguém com quem manteve ou mantém relação sexual sem regularidade. É alguém com quem a pessoa teve relação sexual uma vez ou mais, porém sem regularidade, e para quem a pessoa não recebe/dá dinheiro ou drogas para ter sexo.

Tabela 8: Tipo de parceria sexual, número de parceiros e uso de preservativo, referido por usuários de crack e/ou similares, relativo a 30 dias anteriores à pesquisa, segundo sexo, Brasil, 2012

	Brasil					
	Masculino			Feminino		
	%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Relato de apenas parceiros fixos*	23,80	21,09	26,74	32,17	26,23	38,74
Apenas 1 parceiro fixo	94,95	92,82	96,47	95,79	92,09	97,80
2 a 5 parceiros fixos	4,70	3,25	6,77	4,12	2,12	7,83
6 a 10 parceiros fixos	0,34	0,07	1,79	0,10	0,01	0,68
Uso consistente de preservativo	18,52	14,63	23,16	18,11	13,21	24,31
Relato de parceiros casuais/eventuais*	59,35	54,94	63,62	50,10	41,53	58,67
Apenas 1 parceiro casual/eventual	19,67	16,07	23,84	18,49	12,52	26,45
2 a 5 parceiros casuais/eventuais	59,69	54,16	64,98	47,71	34,91	60,83
6 a 10 parceiros casuais/eventuais	10,25	7,85	13,28	12,00	7,36	18,95
Mais de 10 parceiros casuais/eventuais	10,40	7,86	13,63	21,80	15,09	30,43
Uso consistente de preservativo	51,77	47,75	55,76	51,41	37,58	65,03
Relato de parceiros comerciais (forneceu dinheiro/drogas em troca de sexo)*	29,55	25,80	33,60	5,34	2,20	12,39
Apenas 1 parceiro comercial	27,69	21,73	34,57	85,84	64,34	95,32
2 a 5 parceiros comerciais	55,31	47,52	62,86	8,14	2,39	24,27
6 a 10 parceiros comerciais	11,88	7,79	17,69	2,84	0,63	11,90
Mais de 10 parceiros comerciais	5,12	3,51	7,41	3,18	0,90	10,62
Uso consistente de preservativo	61,92	56,97	66,65	41,94	10,70	81,33
Relato de parceiros comerciais (recebeu dinheiro/drogas em troca de sexo)*	13,00	10,65	15,79	48,36	40,28	56,52
Apenas 1 parceiro comercial	35,59	25,58	47,04	15,62	8,14	27,90
2 a 5 parceiros comerciais	47,57	35,86	59,56	50,16	35,33	64,95
6 a 10 parceiros comerciais	8,58	4,91	14,57	11,62	6,93	18,85
Mais de 10 parceiros comerciais	8,26	5,17	12,96	22,60	15,73	31,35
Uso consistente de preservativo	54,73	42,84	66,11	48,61	34,46	62,99

* $p < 0,05$

4. Aspectos de Saúde Auto-referida

Aproximadamente 8% dos usuários de crack e/ou similares no Brasil apresentaram algum sintoma compatível com doença sexualmente transmissível (DST)¹² nos 30 dias anteriores à entrevista (7,31% [IC95% 5,36-9,90]) (Tabelas 9 e 10). Dentre estes, apenas 13,30% (IC95% 8,59-20,02) acessaram algum tipo de serviço de Saúde¹³ nos 30 dias anteriores à entrevista, e 14,14% (IC95% 2,21-54,58) dos usuários informaram que procuraram algum tipo de serviço de Saúde, porém o mesmo encontrava-se indisponível¹⁴ (Tabela 11). Esta última proporção se mostrou

bastante imprecisa, como pode ser depreendido da amplitude do respectivo intervalo de confiança, o que deriva do fato dessa demanda não satisfeita por atendimento ter sido um evento não apenas raro, como extremamente variável em diferentes subgrupos de usuários.

O corrimento uretral foi referido por 4,15% (IC95% 2,85-5,99) dos usuários do sexo masculino, sintoma este bastante específico para DST, enquanto 26,59% (IC95% 20,91-33,17) das mulheres informa-

¹² Variável computa respostas para corrimento uretral (somente homens), úlceras ou feridas no pênis, vagina ou ânus (ambos os sexos) e verrugas no pênis, vagina ou ânus (ambos os sexos).

¹³ Posto/Centro de saúde/Ambulatório/Unidade de pronto atendimento (UPA)/Hospital (internação)/Emergência

¹⁴ Procurou o serviço desse tipo, porém o mesmo não existia ou não foi atendido.

ram ter tido corrimento vaginal. Entretanto este último achado é, em mulheres, uma informação pouco específica, muitas vezes não associada a infecções transmitidas por via sexual. Desde 2010, a síndrome do corrimento uretral masculino passou a ser de notificação compulsória (Brasil, 2010). Outros sintomas avaliados também se mostram estreitamente associados às DST: 3,39% (IC95% 2,38-4,81) e 2,96% (IC95% 2,17-4,04) dos usuários de crack e/ou similares relataram úlceras/feridas e verrugas no pênis, vagina e/ou ânus, respectivamente (Tabelas 9 e 10).

Uma proporção de moderada a baixa dos usuários (6,24% [IC95% 4,33-8,92] apresentou algum sintoma compatível com tuberculose (TB)¹⁵ nos 30 dias anteriores à entrevista, dos quais 12,17% (IC95% 7,48-19,20) relataram ter acessado algum tipo de serviço de Saúde no mesmo período (Tabelas 9, 10 e 11). Outros 14,14% (IC95% 2,21-54,58) que apresentaram sin-

tomias desta natureza referiram indisponibilidade do serviço de saúde (Tabela 11). Tais achados devem ser vistos, entretanto, com cautela, pois trata-se de sintomas inespecíficos, que poderiam estar associados a outras doenças e não à TB. A amplitude extrema do intervalo de confiança referente à demanda não satisfeita por serviços específicos documenta o quanto este é um evento esparsos e variável, portanto, uma informação imprecisa.

Quase a metade dos usuários de crack e/ou similares no Brasil relatou ter apresentado algum problema na boca, dentes ou gengiva (dor, ferida ou sangramento) nos 30 dias anteriores à entrevista (41,06% [IC95% 36,72-45,55]) e, embora o crack seja utilizado mais frequentemente fumado em cachimbos/latas/copos, apenas 21,61% (IC95% 19,66-23,69) dos usuários relatou algum tipo de ferimento/queimadura na cavidade oral e/ou lábios no mesmo período (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9: Sintomatologia relativa aos 30 dias anteriores à pesquisa, relatada por usuários de crack e/ou similares, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Algum sintoma compatível com DST	7,31	5,36	9,90
Corrimento uretral (somente homens)	4,15	2,85	5,99
Corrimento vaginal (somente mulheres)	26,59	20,91	33,17
Úlceras ou feridas no pênis, vagina e/ou ânus	3,39	2,38	4,81
Verrugas no pênis, vagina e/ou ânus	2,96	2,17	4,04
Algum sintoma compatível com TB	6,24	4,33	8,92
Febre ou sensação de febre	21,60	19,00	24,30
Tosse com ou sem escarro	52,60	47,80	57,30
Perda de peso	56,80	52,60	60,90
Suores noturnos	30,80	27,20	34,70
Ferimento/ferida/queimadura na área da boca (cavidade oral e/ou lábios)	21,61	19,66	23,69
Problemas com a boca, dentes ou gengiva (dor de dente, feridas, sangramentos, etc)	41,06	36,72	45,55

¹⁵ A variável computa respostas que incluem febre ou sensação de febre, tosse com ou sem escarro, perda de peso e suores noturnos ou quando dorme.

Tabela 10: Sintomatologia relativa aos 30 dias anteriores à pesquisa, relatada por usuários de crack e/ou similares, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não Capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Algum sintoma compatível com DST	7,92	5,27	11,75	6,00	4,35	8,22
Corrimento uretral (somente homens)	4,67	2,96	7,31	3,12	1,69	5,68
Corrimento vaginal (somente mulheres)	25,93	19,66	33,37	28,58	17,25	43,44
Úlceras ou feridas no pênis, vagina e/ou ânus	3,91	2,55	5,96	2,28	1,48	3,49
Verrugas no pênis, vagina e/ou ânus	2,85	1,86	4,35	3,20	2,16	4,73
Algum sintoma compatível com TB	7,14	4,52	11,10	4,31	3,15	5,88
Febre ou sensação de febre	23,10	20,10	26,40	18,30	14,40	22,90
Tosse com ou sem escarro*	57,00	52,70	61,20	43,10	33,10	53,80
Perda de peso	59,50	55,30	63,50	51,10	42,00	60,20
Suores noturnos	33,90	30,40	37,70	24,20	16,50	34,10
Ferimento/ferida/queimadura na área da boca (cavidade oral e/ou lábios)	21,75	19,33	24,38	21,30	18,25	24,70
Problemas com a boca, dentes ou gengiva (dor de dente, feridas, sangramentos, etc)	41,56	38,50	44,68	40,02	28,72	52,48

* $p < 0,05$

Tabela 11: Usuários de crack e/ou similares que relataram sintomatologia compatível com DST e TB por acesso a algum serviço de saúde, Brasil, 2012

	Status de acesso a serviço de saúde - Brasil								
	Sim			Não			Indisponível		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Relato de sintomatologia compatível com DST*	13,30	8,59	20,02	5,14	3,94	6,69	14,14	2,21	54,58
Relato de sintomatologia sugestiva para TB*	12,17	7,48	19,20	4,09	3,02	5,52	14,14	2,21	54,58

* $p < 0,05$

Surpreende que, a despeito de tantos problemas objetivos relatados pelos próprios usuários, a maior parte deles se refira de forma positiva ao seu estado de saúde. Quase metade dos usuários informou ter saúde bucal 'excelente/muito boa/boa' (46,73% [IC95% 42,28-51,24]), saúde física 'excelente/muito boa/boa' (47,91% [IC95% 44,88-50,96]) e emocional 'excelente/muito boa/boa' (52,91% [IC95% 49,68-56,12]) (Tabelas 12 e 13).

A autopercepção do estado de saúde se mostra habitualmente associada não apenas a critérios objetivos de saúde, como a presença de doenças incapacitantes, mas também a fatores socioeconômicos. De acordo com os dados da PNAD (IBGE, 2010), aproximada-

mente 77% das pessoas residentes no Brasil considerou seu estado de saúde como "muito bom" e "bom". Esta proporção é superior àquela observada na pesquisa atual, mas, intuitivamente, seria de esperar que os usuários, frente a tantas dificuldades objetivas avaliadas de forma menos positiva seu estado de saúde. Não é possível, no âmbito do presente estudo, avaliar essa aparente dissonância cognitiva/perceptiva, a qual deve ser objeto de estudos que avaliem de forma aprofundada questões centrais associadas a ele, tais como eventuais déficits cognitivos, diferentes comorbidades psiquiátricas, além dos efeitos das substâncias consumidas de forma regular sobre o humor e a capacidade de auto-avaliação e julgamento.

Tabela 12: Estado de saúde auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo a 30 dias anteriores a pesquisa, Brasil, 2012

	%	Brasil	
		IC95%	
		Inferior	Superior
Estado de saúde física			
Excelente/Muito Bom/Bom	47,91	44,88	50,96
Satisfatório	20,10	18,21	22,13
Ruim	31,99	28,92	35,22
Estado de saúde emocional			
Excelente/Muito Bom/Bom	52,91	49,68	56,12
Satisfatório	17,69	15,45	20,18
Ruim	29,40	26,04	32,99
Estado de saúde bucal			
Excelente/Muito Bom/Bom	46,73	42,28	51,24
Satisfatório	16,90	14,90	19,00
Ruim	36,40	31,90	41,10

Tabela 13: Estado de saúde auto-referido por usuários de crack e/ou similares, relativo a 30 dias anteriores a pesquisa, por grupo de municípios, 2012

	%	Capital		%	Não Capital	
		IC95%			IC95%	
		Inferior	Superior		Inferior	Superior
Estado de saúde física						
Excelente/Muito Bom/Bom	44,90	41,47	48,37	54,16	48,93	59,31
Satisfatório	20,19	17,67	22,96	19,92	17,55	22,51
Ruim	34,92	31,48	38,52	25,92	20,67	31,97
Estado de saúde emocional						
Excelente/Muito Bom/Bom	50,02	46,25	53,80	59,04	52,88	64,92
Satisfatório	18,67	15,78	21,95	15,62	12,65	19,14
Ruim	31,31	27,69	35,18	25,34	18,55	33,60
Estado de saúde bucal						
Excelente/Muito Bom/Bom	46,04	40,93	51,23	48,21	39,61	56,91
Satisfatório	17,60	15,40	20,10	15,30	11,80	19,60
Ruim	36,30	32,40	40,50	36,50	26,00	48,30

5. Considerações Finais

Usuários de crack e/ou similares frequentam de forma esparsa e muito aquém do desejável, frente aos problemas de saúde e marginalização sociais que eles próprios referem, serviços de saúde e sociais, o que parece fortemente associado à situação de vulnerabilidade social em que estão inseridos. A ausência/carência de apoio familiar e o medo da discriminação e estigmatização podem influenciar negativamente as perspectivas de cuidado à saúde destes indivíduos.

Além disso, diversos aspectos operacionais dos serviços de saúde, como a necessidade de comprovação de identidade e endereço, além da percepção do ambiente dos serviços de saúde como algo hostil

podem representar barreiras adicionais à busca e engajamento efetivo dos usuários de crack nos serviços. A adequação dos serviços para o atendimento específico da população usuária de drogas e em situação de extrema vulnerabilidade social se faz absolutamente necessária e premente, o que inclui treinamento e capacitação das equipes desses serviços, aconselhamento e apoio social e psicológico, além de medidas para tornar o ambiente mais acolhedor e reduzir o estigma e discriminação enfrentados pelos usuários de droga. Estes fatores se mostram essenciais para aumentar a aderência destes usuários aos serviços de saúde e sociais, uma vez que a busca por ajuda e a demanda por apoio e cuidado existe e é verbalizada pelos usuários.

Referências

- Barata RB. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo Perspec 2008; 22(2): 19-29.
- Bastos F. I., Bongertz V., Teixeira S. L., Morgado M. G., Hacker M. A. Is human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome decreasing among Brazilian injection drug users? Recent findings and how to interpret them. Mem Inst Oswaldo Cruz 2005; 100: 91-6.
- Baum MK, Rafie C, Lai S, Sales S, Page B, Campa A. Crack-cocaine use accelerates HIV disease progression in a cohort of HIV-positive drug users. J Acquir Immune Defic Syndr 2009; 50(1): 93-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico - HIV/Aids. Ano I – no. 01 (até semana epidemiológica 52ª). Dezembro de 2012. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Curso de Vigilância Epidemiológica das Doenças Sexualmente Transmissíveis de notificação compulsória: sífilis e síndrome do corrimento uretral masculino. Brasília, 2010. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/cbve_corrimento_masc_2010_final_pdf_24822.pdf.
- Buchanan D, Tooze JA, Shaw S, Kinzly M, Heimer R, Singer M. Demographic, HIV risk behavior, and health status characteristics of “crack” cocaine injectors compared to other injection drug users in three New England cities. Drug Alcohol Depend 2006; 81(3): 221-9.
- Cruz MS, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Villar LM, et al. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. Int J Drug Policy 2013; 24(5): 432-8.
- Escorel S. Equidade em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF (Orgs.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2ª edição. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 202-10. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>.
- IBGE. Um panorama da Saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010b. 256 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf.
- Malta M, Monteiro S, Lima RMJ, Bauken S, Marco A, Zuim GC, et al. Risco frente ao HIV/AIDS entre mulheres trabalhadoras do sexo que usam crack no sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2008; 42(5): 830-7.
- Nurutdinova D, Abdallah AB, Bradford S, O’Leary CC, Cottler LB. Risk factors associated with Hepatitis C among female substance users enrolled in community-based HIV prevention studies. BMC Res Notes 2011; 4:126.
- Riley ED, Moore K, Sorensen JL, Tulsy JP, Bangsberg DR, Neilands TB. Basic subsistence needs and overall health among human immunodeficiency virus-infected homeless and unstably housed women. Am J Epidemiol 2011; 174(5): 515-22.
- Tindal C, Cook K, Foster N. Theorising stigma and the experiences of injecting drug users in Australia. Aust J Prim Health 2010; 16(2): 119-25.
- Victorian Government. Victorian Drug Strategy 2006–09: improving health, reducing harm. Victorian Department of Human Services, Melbourne, 2006. Disponível em: [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/87EC3DB-4DAC1F5ADCA2578A90010FD61/\\$FILE/drug_strategy_06-09.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/87EC3DB-4DAC1F5ADCA2578A90010FD61/$FILE/drug_strategy_06-09.pdf).

Capítulo 8

Uso da metodologia *Network Scale-up Method* (NSUM) para estimar o número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do Brasil – implementação e logística do Inquérito Domiciliar

*Neilane Bertoni e Francisco Inácio Bastos
em nome do grupo de Pesquisa “Scale-up”*

1. Introdução

Muitos países vêm desenvolvendo, ao longo das últimas décadas, sistemas voltados para o monitoramento de populações mais vulneráveis a algumas doenças e infecções, como, por exemplo, o HIV e outras infecções/doenças sexualmente transmissíveis. Uma linha complementar de monitoramento sistemático, mais recente e basicamente restrita, por ora, aos países de renda elevada, se refere ao monitoramento de doenças/agravos não transmissíveis, como por exemplo, populações especialmente vulneráveis a determinados tumores, além de eventos sem relação necessária com a saúde, como a logística do sistema jurídico e, em especial, do sistema prisional (por exemplo, o monitoramento de pessoas em regime semiaberto).

Contudo, o mesmo grau esforço não vem sendo aplicado para determinar o tamanho destas populações, embora isto seja imprescindível, pois a magnitude desses agravos e/ou populações interfere diretamente em como as políticas públicas devem ser formuladas, focalizadas, financiadas e monitoradas. Estimar o tamanho dessas populações denominadas de difícil acesso ou ocultas (em inglês, *hidden populations*), como os usuários de drogas, constitui tarefa bastante complexa.

Existem diversos métodos desenvolvidos para estimar o tamanho destas populações ocultas, como, por exemplo, técnicas de Captura-Recaptura (clássicas e modificadas (Jouanjus et al., 2012)), *Multiplier* e outros métodos de estimação direta, além de métodos de estimação indireta. Cada um destes métodos tem vantagens e desvantagens, que devem ser consideradas e contrastadas em cada estudo específico. O que, muitas vezes, acaba por determinar a utilização de cada um deles é o processo logístico e operacional disponível para desenvolvê-lo e implementá-lo concretamente em um dado contexto e população, assim como sua aceitabilidade por parte dos gestores e os custos a eles associados.

A técnica de Captura-Recaptura, que nasce no âmbito da Ecologia, requer duas ou mais amostras independentes e representativas da população-alvo para que se identifique indivíduos que foram recrutados em mais de uma dessas amostras, definindo então a extensão dessa área de interseção e, a partir daí, a magnitude da população sob análise (Hook e Regal, 1995). Em outras palavras, temos que $N=P*S/I$, onde

N é o tamanho da população que se deseja estimar, P é o número de indivíduos recrutados na primeira amostra, S o dos recrutados na segunda amostra e I a quantidade de indivíduos recrutados na primeira e na segunda amostra.

No método *Multiplier*, a estimativa é obtida utilizando-se informações de duas ou mais fontes distintas. A primeira proveniente de uma amostra da população-alvo e outra habitualmente obtida em instituições ou programas a qual esta população tem acesso, de forma que os indivíduos desta população tenham chances de serem incluídos em ambas (ou em mais de duas) as fontes de captura de informação (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2003). Estudos, hoje clássicos, da aplicação, algo modificada, deste método à população de usuários de drogas injetáveis foram realizados em Glasgow e Edimburgo, Escócia, na década de 1990 (Frischer et al., 1993, 1992).

A estimação direta consiste em perguntar a indivíduos da população geral se eles fazem ou não parte da população-alvo a ser estimada, ou seja, se os respondentes têm determinados hábitos ou comportamentos que caracterizam estas populações, por exemplo, se fazem uso de drogas (UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, n.d.). Em geral, realiza-se um inquérito domiciliar para tal fim. Este método, por perguntar diretamente à população sobre a prática de atividades frequentemente estigmatizadas e/ou criminalizadas, tende a subestimar a estimativa em questão, como vem sendo mostrado por diversos estudos internacionais (Gfroerer et al., 1997; Morral et al., 2003; Rogers et al., 1998).

Em estudo realizado em Curitiba, em 2010, para a estimação do número de usuários de drogas ilícitas, com exceção da maconha, ao comparar estimativas obtidas de 5 métodos distintos, a estimação direta gerou estimativas 5 a 10 vezes menores, quando comparadas àquelas obtidas mediante a aplicação de outros métodos (Salganik et al., 2011a).

Um dos novos métodos de estimação do consumo de drogas ilícitas em uma dada comunidade/localidade é a assim denominada “epidemiologia dos esgotos” (do inglês, *sewage epidemiology*), que consiste na

mensuração de substâncias presentes na composição de drogas ilícitas e seus derivados em esgotos e outras águas servidas. Desta forma, estima-se o quantitativo de uma dada substância consumida em determinado local/comunidade. No entanto, uma vez que não se trata de um método de base populacional, a epidemiologia dos esgotos não consegue estimar o número de pessoas que utilizam-se desta substância analisada, mas sim os volumes consumidos (e metabolizados) de um dado produto¹. Trata-se, portanto, de um método que vem sendo antes utilizado pela epidemiologia na sua interface com a toxicologia, mas não com as ciências sociais, como a sociologia ou a demografia.

Outro método que vem sendo utilizado recentemente em saúde pública para estimação de populações de difícil acesso é o denominado *Network Scale-up Method* (NSUM). Esta metodologia foi desenvolvida e utilizada inicialmente para estimar o número de vítimas de um terremoto no México, em 1985 (Bernard et al., 1991).

Apesar deste propósito inicial bastante específico, as aplicações do método foram se disseminando e, progressivamente, abarcando outros fenômenos e populações de difícil acesso. Desde então o *Network Scale-up* tem sido utilizado para estimar a magnitude de diversas populações de difícil acesso e em diferentes países. Ainda no México, o método foi utilizado para estimar o número de mulheres que haviam sofrido violência sexual (Bernard et al., 1991). Em um momento subsequente, foi utilizado para estimar o número de crianças vítimas de experiências de sufocamento/asfixia na Itália (Snidero et al., 2007). Nos Estados Unidos esta metodologia vem sendo utilizada em diferentes campos, como, por exemplo, para a estimação da prevalência do HIV, da população de rua em diferentes comunidades (Killworth et al., 1998) e do uso de heroína (Kadushin et al., 2006). Mais recentemente, na Ucrânia, diversas populações especialmente vulneráveis ao HIV/AIDS em função da pobreza, marginalização, estigma etc, foram estimadas mediante o uso desta metodologia, assim como as “populações-ponte” de transmissão do HIV (ou seja, situações em que o vírus da AIDS se dissemina a partir de segmentos com prevalência especialmente elevada, afetando, então, populações com taxas de infecção muito baixas) e o número de pessoas vivendo com o HIV/AIDS (Paniotto et al., n.d.).

Trabalhos recentes sobre o tema vêm sendo implementados em populações asiáticas de grande magnitude, no Japão (Ezoe et al., 2012) e China (Guo et al., 2013), o que, obviamente, traz novos desafios em termos da envergadura, logística e custos de tais estudos. No Brasil, a despeito de trabalhos anteriores com populações-ponte em HIV/AIDS (Hacker et al., 2009) e estimação do número de pessoas vivendo com HIV/AIDS a partir da aplicação de métodos clássicos (Szwarcwald e Castilho, 2000), o único estudo brasileiro com uso do método *Network Scale-up* em saúde pública realizado até o momento, foi publicado em 2011 (Salganik et al., 2011a), e estimou o número de usuários de drogas ilícitas (que não a maconha) no município de Curitiba, Paraná. Este estudo comparou ainda a estimativa desta população com as estimativas obtidas de quatro outras alternativas, dentre elas, estimativas obtidas através dos métodos “direto” e “Multiplier”.

A metodologia *Scale-up* produz estimativas de tamanhos populacionais valendo-se de informações das redes de contatos dos respondentes de inquéritos realizados com uma amostra aleatória da população geral, tendo alguns pressupostos básicos, tais quais: (a) todos têm a mesma chance de conhecer alguém de uma dada subpopulação; (b) o tamanho da rede de contatos é constante; (c) todos conhecem bem os comportamentos dos membros de sua rede de contatos (Killworth et al., 1998a). Obviamente, tais pressupostos não são necessariamente verificados em condições reais de aplicação, daí a necessidade de lidar com as eventuais violações destes pressupostos e da reformulação permanente de métodos e técnicas de captura de informações, gerência e análise.

Nos inquéritos que têm por base este método, são feitas perguntas aos respondentes sobre quantas pessoas estes “conhecem” que fazem parte de subpopulações previamente selecionadas. Pergunta-se, então, sobre populações com tamanhos conhecidos de antemão, ditas “populações enumeráveis”, para as quais é possível contar com cadastros, que são utilizadas para estimativa do tamanho da rede de contatos dos respondentes. Além disso, pergunta-se também sobre subpopulações de tamanho desconhecido, para geração das estimativas do tamanho destas, o que constitui o objetivo primário da aplicação do método.

A Pesquisa Nacional do Crack utilizou a metodologia NSUM para estimar o número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país, além de outras populações. Optou-se por este método indireto, ao invés do tradicional método direto por diversos motivos: (a) a metodologia indireta reduz substancialmente o erro derivado do estigma de comportamento, pois as pessoas tendem a não falar abertamente sobre seus comportamentos estigmatizados e/ou criminalizados, como, por exemplo, o uso de drogas, mesmo que se utilizem métodos auxiliares de coleta, como urnas onde seriam depositadas respostas por escrito, esta estratégia se mostra bem menos efetiva em domicílios privados do que em locais públicos, como escolas; (b) este método acaba por incluir, na estimativa obtida, populações em situação de rua, mesmo sendo o estudo de base realizado através de um inquérito domiciliar, exatamente por perguntar sobre comportamentos de terceiros e não do respondente no domicílio pesquisado; (c) da mesma forma, mesmo não realizando a pesquisa em domicílios coletivos/instituições fechadas ou semifechadas, a metodologia NSUM consegue também ter em seu resultado, pessoas que estão em tal situação, como pessoas em morando em abrigos, clínicas de tratamento para dependência química, presídios, etc.

Dessa forma, a pesquisa realizada buscou estimar diversas subpopulações desconhecidas em cada uma das 27 capitais. A estimativa principal gerada foi a do número pessoas que utilizaram crack e substâncias similares na vida, nos últimos 6 meses, em, pelo menos, 25 dias nos últimos 6 meses (definido, pelos critérios operacionais da Organização Panamericana de Saúde como “uso regular”). Mas também foram coletadas informações para estimar o número de outras subpopulações, especialmente vulneráveis ao HIV/AIDS e/ou de difícil acesso, como a de usuários de drogas ilícitas em geral (exceto a maconha), mulheres profissionais do sexo, homens que fazem sexo com outros homens e mulheres que tiveram aborto provocado nos últimos 12 meses, como discriminado em detalhe no Quadro 1.

A metodologia NSUM utiliza estimadores de simples entendimento, que descrevemos a seguir.

A forma de estimarmos o tamanho da população alvo (\widehat{N}_t) é:

$$\widehat{N}_t = \frac{\sum_i y_i}{\sum_i \widehat{d}_i} \cdot N$$

onde y_i é o número de pessoas da população alvo que o respondente i conhece, e \widehat{d}_i é o tamanho estimado da rede de contatos da pessoa i , e N é o tamanho da população geral (Killworth et al., 1998a).

Em outras palavras, se, por exemplo, o entrevistado tem 200 pessoas em sua rede de contatos em um dado município, e diz conhecer 5 usuários de crack, sabendo-se que o tamanho da população deste município é de 200 mil pessoas, poderíamos dizer que, neste local, $5/200 \times 200\text{mil} = 5000$ pessoas são usuárias de crack. O mesmo procedimento é repetido para cada um dos respondentes do inquérito, em consonância com a amostra da população geral, definida de antemão.

Como a informação acerca do tamanho da rede de contatos do respondente (expressa pelo denominador que consta da fórmula acima e frequentemente imprecisa), ao invés de perguntarmos isso diretamente ao indivíduo, geramos uma estimativa deste número. Faz-se isso, pois, como o tamanho da rede de contato das pessoas em geral é “grande” e frequentemente difícil de estimar, o respondente tende a não enumerar/contar de fato cada um de seus contatos, e sim “chutar” (intuir) esse número, o que poderia gerar viés na estimativa NSUM.

Para estimar o tamanho da rede de contatos dos indivíduos entrevistados, utilizou-se o método da População Conhecida (“*known population method*”), onde cada respondente reporta o número de pessoas que conhece no contexto de vários grupos de tamanho populacional conhecido. Por exemplo, um respondente diz conhecer 1 pessoa que trabalha na Prefeitura da cidade X. Sabe-se, *a priori*, que nesta Prefeitura trabalham 1000 pessoas. Assim, podemos combinar essas informações para dizer que o respondente conhece 1/1000 de todas as pessoas da cidade X. Se a população desta cidade é de 200 mil pessoas, então o tamanho da rede de contatos deste respondente, neste local, é de $1/1000 \times 200\text{mil} = 200$ pessoas.

Quadro 1: Populações estimadas no Inquérito Domiciliar, utilizando *Network Scale-up Method*.

População	Fonte de dados
Pessoas que usaram drogas ilícitas, que não a maconha, mais de 25 dias nos últimos 6 meses (média de um dia por semana)	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Homens que fazem sexo com outros homens	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Mulheres que fazem sexo em troca de dinheiro	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Mulheres que tiveram aborto provocado nos últimos 12 meses	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Pessoas que fizeram uso de crack e similares pelo menos uma vez na vida	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Pessoas que fizeram uso de crack e similares pelo menos uma vez nos últimos 6 meses	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Pessoas que fizeram uso de crack e similares mais de 25 dias nos últimos 6 meses (média de um dia por semana)	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Pessoas com 18 anos ou mais que fizeram uso de crack e similares mais de 25 dias nos últimos 6 meses (média de um dia por semana)	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Homens com 18 anos ou mais que fizeram uso de crack e similares mais de 25 dias nos últimos 6 meses (média de um dia por semana)	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Pessoas com 18 anos ou mais que fizeram uso de crack e similares mais de 25 dias nos últimos 6 meses em locais públicos, edificações abandonadas ou outros locais onde pessoas se reúnem exclusivamente para usar drogas	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Pessoas que fizeram o uso especificamente do crack pelo menos uma vez na vida	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Pessoas que fizeram uso de crack pelo menos uma vez nos últimos 6 meses	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Pessoas que fizeram uso de crack mais de 25 dias nos últimos 6 meses (média de um dia por semana)	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Pessoas com 18 anos ou mais que fizeram uso de crack mais de 25 dias nos últimos 6 meses (média de um dia por semana)	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Homens com 18 anos ou mais que fizeram uso de crack mais de 25 dias nos últimos 6 meses (média de um dia por semana)	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012
Pessoas com 18 anos ou mais que fizeram uso de crack mais de 25 dias nos últimos 6 meses em locais públicos, edificações abandonadas ou outros locais onde pessoas se reúnem exclusivamente para usar drogas	Inquérito Domiciliar nas 26 capitais e DF, 2012

Contudo, para melhorar a acurácia desta estimativa, podemos perguntar sobre diversos grupos populacionais cujo tamanho conhecemos de antemão (a partir de cadastros públicos), valendo-nos do seguinte estimador (Killworth et al., 1998a):

$$\hat{d}_i = \frac{\sum_j y_{ij}}{\sum_j N_j} \cdot N$$

onde \hat{d}_i é o número estimado da rede de contatos do respondente i , y_{ij} é o tamanho de conhecidos do respondente i na subpopulação j , N_j é o tamanho da subpopulação j , e N é o tamanho da população geral.

Em geral, são utilizadas 20 subpopulações conhecidas para estimar o tamanho da rede de contatos dos respondentes. Neste estudo, foram utilizadas as subpopulações descritas no Quadro 2.

Quadro 2: Populações conhecidas utilizadas para estimação da rede de contatos dos indivíduos e fonte de dados de onde foram retiradas.

População	Fonte de dados
Meninas menores de 5 anos	Censo 2010 - IBGE
Meninos menores de 5 anos	Censo 2010 - IBGE
Mulheres com mais de 70 anos	Censo 2010 - IBGE
Homens com mais de 70 anos	Censo 2010 - IBGE
Pessoas com 15 anos ou mais e que não sabem ler ou escrever	Censo 2010 - IBGE
Mulheres menores de 20 anos que tiveram bebês nos últimos 12 meses	Censo 2010 - IBGE
Mulheres com 20 anos ou mais que tiveram bebês nos últimos 12 meses	Censo 2010 - IBGE
Mulheres com 4 filhos ou mais (apenas filhos biológicos vivos)	Censo 2010 - IBGE
Homens que se casaram no civil nos últimos 12 meses	Censo 2010 - IBGE
Mulheres que se casaram no civil nos últimos 12 meses	Censo 2010 - IBGE
Pessoas viúvas (isto é, homens ou mulheres cujo último cônjuge faleceu e não se casaram no civil novamente)	Censo 2010 - IBGE
Estrangeiros	Censo 2010 - IBGE
Mães que recebem auxílio do Programa Bolsa Família	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome / 2010
Estudantes de 5 ^o a 8 ^o . Séries (6 ^o ao 9 ^o ano) de escolas particulares	Censo Escolar 2011 - INEP
Estudantes de ensino médio de escolas públicas	Censo Escolar 2011 - INEP
Estudantes de ensino médio de escolas particulares	Censo Escolar 2011 - INEP
Professores de escolas públicas no ensino médio ou fundamental, isto é, da alfabetização até o 3 ^o ano do ensino médio	Censo Escolar 2011 - INEP
Professores de escolas particulares no ensino médio ou fundamental, isto é, da alfabetização até o 3 ^o ano do ensino médio	Censo Escolar 2011 - INEP
Motoristas de táxi	Ministério do Trabalho e Emprego / 2011
Motoristas de ônibus	Ministério do Trabalho e Emprego / 2011
Bancários	Ministério do Trabalho e Emprego / 2011

Nota:

IBGE = Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INEP = Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

Ressalta-se que as subpopulações conhecidas utilizadas foram padronizadas para todos os municípios estudados. Ou seja, nos valem os mesmos cadastros disponibilizados em todas as 27 capitais.

Resta definir o que significa “conhecer alguém”. A definição de “conhecer” utilizada neste estudo foi: “pessoas que moram neste município, que você conhece de vista e de nome, que também te conhecem

de vista e de nome, e com as quais você entrou em contato, seja pessoalmente, por telefone, correspondência ou e-mail, nos últimos 12 meses”.

Cabe observar que trabalhos anteriores utilizaram definições um pouco diferentes desta, e estudos futuros podem lançar mão de outras definições, tendo em mente que a definição escolhida interfere diretamente no resultado a ser obtido, ou seja, dependendo de

como se qualifica o que está sendo enumerado, obtêm-se quantitativos distintos. Utilizar períodos maiores do que 12 meses para estimar a rede de contatos de uma pessoa pode levar à subenumeração de seus contatos, uma vez que, em relação a informações referidas a um tempo mais longo, aumenta a probabilidade de que o viés de memória maximize a discrepância entre rede “real” e rede “referida”. Por outro lado, períodos muito curtos podem se traduzir em redes muito restritas, pois interações sociais não são necessariamente reiteradas em intervalos breves de tempo, o que pode também interferir na estimação da população alvo.

Além do método da população conhecida, dispõe-se ainda do método *Summation* para estimativa da rede de contato dos participantes. Para fins de sua utilização, deve-se definir grupos exaustivos, no sentido de se esgotarem em um dado contexto e período, e serem mutuamente excludentes quanto à natureza do relacionamentos entre os indivíduos (McCarty et al., 2001). Por exemplo, o número de pessoas que moram no mesmo domicílio que o respondente; que são membros de sua família, mas que não moram no mesmo domicílio que o respondente; amigos do trabalho, conhecidos do trabalho, etc.

No estudo realizado em Curitiba (Salganik et al., 2011a), foram definidos 22 tipos de relacionamentos diferentes referentes ao método *Summation*. Contudo, o método da população conhecida mostrou-se preferível, uma vez que o método *Summation* apresentou estimativas de tamanho da rede de contatos 30% maiores do que o outro método e com erros quadráticos maiores, portanto, com estimativas pontuais menos precisas. Embora não se disponha de um padrão-ouro de modo a verificar se as redes 30% maiores estariam ou não superestimadas, a menor precisão das estimativas fez com que, no âmbito do estudo nacional sobre crack, tenhamos optado pelo método das populações conhecidas.

O estimador descrito pelo método *Network Scale-up* tem como um de seus pressupostos o fato de que as pessoas sabem tudo a respeito das demais pessoas as quais elas estão conectadas. E isto pode não ser verdade (e, muito provavelmente, não o é, no mundo real), principalmente com relação a comportamentos estigmatizados ou ilegais, como é o caso do uso de drogas ilícitas. Em outras palavras, uma pessoa pode ter em sua rede social um indivíduo que faz uso regular de drogas, mas não saber que aquele indivíduo faz uso de drogas. Por

esta razão, Salganik e Feehan (Salganik e Feehan, 2009) desenvolveram um fator de correção para lidar com este possível viés, denominado “erro de transmissão”.

Este fator de correção foi aplicado à estimativa gerada pelo método *Network Scale-up* no estudo de Curitiba (Salganik et al., 2011a), sendo então denominado este novo método *Generalized Network Scale-up*. A forma de coleta de informações para construção deste fator de correção é descrita em outro artigo (Salganik et al., 2011b), por meio da construção de um jogo lúdico, denominado Jogo dos Contatos, visando estimar a visibilidade das populações de difícil acesso. Este jogo, contudo, não foi replicado no âmbito do presente estudo. Portanto, se houver alguma tentativa de correção neste trabalho, ela se limitará a tentativas que não guardam relação direta com o Jogo dos Contatos.

Os possíveis ajustes do erro de transmissão no contexto da metodologia NSUM são invariavelmente dependentes das populações específicas e dos contextos em que estão inseridas. Novas soluções, bastante criativas, vem sendo aplicadas em estudos recentes, como no estudo japonês anteriormente citado, em que uma taxa de correção denominada “*coming out rate*” (que poderia ser traduzida como “taxa de assunção pública de uma dada identidade” [no caso, *gay*]) foi utilizada para corrigir a estimativa referente a um contexto onde a homossexualidade masculina esta, frequentemente, limitada à esfera estritamente privada (Ezoe et al., 2012).

A aplicação da metodologia *Network Scale-up* para determinação de diferentes populações de difícil acesso, em especial a de usuários de crack e/ou similares nas 27 capitais brasileiras, compreendeu um inquérito domiciliar com uma amostra representativa de pessoas com 18 anos ou mais residentes nas referidas capitais e Distrito Federal. Cabe ressaltar que, apesar do inquérito ter sido feito com maiores de 18 anos, em se tratando de um método de estimação indireto onde o entrevistado fala do comportamento de terceiros, foi possível também gerar estimativas para a população menor de 18 anos, sem que houvesse qualquer infração dos preceitos éticos (ou seja, esta população não foi entrevistada, mas sim referida, de forma não nominal, pelos entrevistados adultos).

A amostra foi selecionada em três estágios em cada uma das 27 capitais: 1º) Seleção dos setores censitários com probabilidade proporcional ao tamanho; 2º) Sele-

ção dos domicílios através de uma amostra aleatória sem reposição; 3º) Seleção do morador do domicílio selecionado, maior de 18 anos, com a data de aniversário mais próxima (posterior) à data da entrevista.

A base de setores censitários utilizada foi a do Censo de 2010, realizado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), e, para o segundo estágio da amostra, utilizou-se o Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos (CNEFE), disponibilizado pelo IBGE em seu *website* (<http://www.censo2010.ibge.gov.br/cnefe/>). Sendo assim, não se fez necessária a contagem e identificação dos domicílios particulares permanentes por parte dos entrevistadores, uma vez que estes recebiam de antemão o endereço exato dos locais em que deve ser realizada a pesquisa, reduzindo assim, o viés de informação do entrevistador nesta etapa.

Os domicílios que apresentavam endereços incompletos ou que não podiam ser localizados através da informação contida neste cadastro foram substituídos por outros domicílios, selecionados igualmente de antemão, e definidos como “substitutos”, dentro dos mesmos setores censitários. Nos casos em que setor inteiro era composto por domicílios sem endereço completo, o setor era substituído, utilizando-se o mesmo procedimento de seleção amostral do estágio 2.

Para a realização da entrevista, caso o morador selecionado não estivesse presente no momento da primeira visita, até duas visitas adicionais eram realizadas, em dias e horários diferentes da primeira. Após a terceira tentativa sem sucesso, o domicílio era substituído por outro selecionado previamente a partir de uma lista de reposição e procedia-se a nova seleção de morador neste novo endereço. Caso o morador selecionado apresentasse alguma inaptidão para responder ao questionário (por exemplo, algum transtorno mental grave), este domicílio era substituído por outro domicílio, incluído na lista de reposição. Da mesma forma, eram substituídos domicílios fechados e vagos, ou aqueles em que o morador se recusasse a participar da pesquisa.

Para a seleção do morador dentro do domicílio sorteado, foi utilizado o Método do Próximo Aniversário (“*next-birthday method*”) (Salmon e Nichols, 1983). Neste, procede-se à listagem de todos os moradores do domicílio, segundo a definição de “morador” do IBGE. Esta listagem podia ser informada por qualquer morador do domicílio com 15 anos ou mais de idade. Registra-

va-se a idade de cada morador e a data de aniversário (dia e mês) destes. Apenas para fins de caracterização da composição dos domicílios, registrava-se o sexo de cada indivíduo morador. Buscava-se dentre os moradores com 18 anos ou mais de idade, o indivíduo que tinha a data de aniversário mais próxima/seguinte à data de realização da primeira visita. Este indivíduo era então o selecionado para responder ao questionário.

Ao morador selecionado era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continha informações sobre o estudo, objetivos, garantia de confidencialidade das informações prestadas pelo respondente e o contato do pesquisador responsável. O respondente devia consentir verbalmente antes do entrevistador iniciar a entrevista individual.

A fim de reduzir perdas em nosso estudo, aos domicílios de classe mais elevada, selecionados para a amostra, foram enviadas pela coordenação central do estudo da FIOCRUZ correspondências oficiais explicando a pesquisa e a importância da participação daquele domicílio no estudo, indicando ainda o entrevistador responsável pela coleta de dados naquele local. Com relação aos domicílios localizados em locais menos seguros e/ou de difícil acesso, como, por exemplo, comunidades e favelas, a equipe de campo era acompanhada por um facilitador conhecido no local, como um morador da região ou agente comunitário de saúde.

Além das informações contidas no questionário, foram coletadas as coordenadas geográficas dos domicílios visitados a fim de que fossem realizadas análises com um componente espacial, assim como verificada a consistência entre domicílio designado e efetivamente visitado, ou seja, coordenadas geográficas coincidentes.

Antes do início da coleta de dados, procedeu-se a um estudo piloto, em cada uma das capitais e DF. Nestes estudos piloto, cada entrevistador percorria um setor censitário escolhido pela equipe de pesquisa, realizando ao menos duas entrevistas neste setor, em domicílios não sorteados na amostra da pesquisa.

A coleta de dados deste estudo foi realizada de abril a novembro de 2012.

A Tabela 1 apresenta os quantitativos da amostra, referentes ao número de entrevistas e setores censitários selecionados em cada uma das capitais e DF.

Tabela 1: Quantitativos previstos da amostra utilizada no inquérito domiciliar da Pesquisa Nacional sobre crack

Região	Estado	Cidade	População em 2010*	Amostra prevista	nº total de setores censitários	nº de setores censitários na amostra
Nordeste	AL	Maceió	932 748	800	1 039	134
	BA	Salvador	2 675 656	1 000	3 530	167
	CE	Fortaleza	2 452 185	1 000	3 006	167
	MA	São Luis	1 014 837	800	1 115	134
	PB	João Pessoa	723 515	800	940	134
	PE	Recife	1 537 704	1 000	1 829	167
	PI	Teresina	814 230	800	1 045	134
	SE	Aracaju	571 149	800	742	134
	RN	Natal	803 739	800	879	134
	Sul	PR	Curitiba	1 751 907	1 000	2 368
SC		Florianópolis	421 240	800	621	134
RS		Porto Alegre	1 409 351	1 000	2 381	167
Centro-Oeste	DF	Brasília	2 570 160	1 000	4 287	167
	GO	Goiânia	1 302 001	1 000	1 620	167
	MT	Cuiabá	551 098	800	801	134
	MS	Campo Grande	786 797	800	1 048	134
Sudeste	ES	Vitória	327 801	800	571	134
	MG	Belo Horizonte	2 375 151	1 000	3 830	167
	RJ	Rio de Janeiro	6 320 446	1 500	10 150	250
	SP	São Paulo	11 253 503	1 500	18 157	250
Norte	AM	Manaus	1 802 014	1 000	2 406	167
	AP	Macapá	398 204	800	463	134
	PA	Belém	1 393 399	1 000	1 312	167
	RO	Porto Velho	428 527	800	512	134
	RR	Boa Vista	284 313	800	405	134
	AC	Rio Branco	336 038	800	336	134
	TO	Palmas	228 332	800	242	100
Total				25 000		

* Fonte: IBGE

O tamanho da amostra com relação ao número de entrevistas foi definido da seguinte forma: em capitais com até 1,2 milhões de habitantes a amostra foi de 800 entrevistas; em capitais entre 1,2 e 5 milhões de habitantes, 1000 entrevistas; e para capitais com mais de 5 milhões de habitantes, 1500 entrevistas. Com referência aos setores, definiu-se que devem ser entrevistados 6 domicílios em cada setor censitário.

Assim, os pesos amostrais do nosso estudo foram calculados conforme descrição a seguir:

1º estágio: seleção dos setores censitários com probabilidade aproximadamente proporcional ao tamanho e sem reposição. Se existem B setores censitários

em uma cidade e cada setor k tem tamanho N_k , então a probabilidade de selecionar um dado setor b é aproximadamente:

$$\pi_b \approx \frac{N_b}{\sum_k N_k}$$

2º estágio: seleção aleatória dos domicílios sem reposição em cada setor censitário. A probabilidade de seleção de um dado domicílio j em um setor censitário b é:

$$\pi_{j|b} = \frac{6}{N_b}$$

3º estágio: seleção do indivíduo dentro do domicílio. A probabilidade de seleção do indivíduo i dentro

do domicílio j de um dado setor censitário b usando amostra aleatória simples, significa que a probabilidade de seleção é:

$$\pi_{i|jb} = \frac{1}{h_j}$$

onde h_j é o tamanho (número de membros ilegíveis) no domicílio j .

Assim, a probabilidade de inclusão de uma dada pessoa i em um domicílio j do setor censitário b é:

$$\pi_{bji} = \pi_b \cdot \pi_{j|b} \cdot \pi_{i|jb} \approx \frac{N_b}{\sum_k N_k} \cdot \frac{6}{N_b} \cdot \frac{1}{h_j}$$

onde o valor de N_b é obtido a partir do cadastro CNEFE do IBGE, e o valor de h_j obtido através da listagem dos moradores de cada domicílio, coletada durante a realização do estudo. Sendo assim, o peso amostral para produção da ponderação das estimativas pontuais será o inverso dessa probabilidade de seleção.

Para a estimação dos intervalos de confiança, foi utilizada a metodologia denominada “*rescaled bootstrap*” (Rao e Wo, 1988). Trata-se de uma derivação do *bootstrap* originalmente desenvolvido por Efron (Efron, 1979), que é um método de reamostragem baseado na construção de subamostras a partir de uma

amostra inicial. Contudo, o “*rescaled bootstrap*” leva em consideração que a amostra inicial foi realizada em múltiplos estágios, ou seja, a partir de uma amostragem complexa, diferentemente do *bootstrap* simples, que considera a amostra como sendo aleatória simples.

Em linhas gerais, foram selecionadas 2500 subamostras da amostra inicial, e estas foram ponderadas a partir de um peso calculado segundo metodologia proposta por Rao et al. (1992). A partir daí, a estimativa de interesse (exemplo, número de usuários de crack e/ou similares) era gerada para cada uma destas subamostras.

Para obter os intervalos de confiança, foi utilizado o assim denominado “método do percentil” (Efron e Tibshirani, 1993), onde o intervalo de confiança consistiu na porção central de 95% da distribuição das estimativas geradas.

Após o fim da coleta de dados, em cerca de 6% da amostra de cada local, procedeu-se à (re)checagem de algumas informações básicas sobre o domicílio, de modo a validar a entrevista naquele local e controlar a qualidade das informações coletadas pela equipe de campo.

2. Considerações finais

A metodologia *Network Scale-up* apresenta-se como um método promissor para estimar o tamanho de populações de difícil acesso, especialmente na área da Saúde Pública, com relação a diferentes populações de difícil acesso e inegável relevância em saúde pública, como é o caso de usuários de drogas, tanto da perspectiva do consumo em si, como dos danos e riscos a ele potencialmente associados, como por exemplo, *overdoses*, violência e disseminação de patógenos, como o HIV e os vírus das hepatites B e C. Cabe observar, no entanto, que se trata de um método bastante recente, com aplicações novas em saúde pública, em relação ao qual não há tradição de pesquisa na epidemiologia brasileira. Há diversas questões que precisam ser analisadas mais profundamente visando minimizar vícios, como, por exemplo, o pressuposto básico do método de que a rede de contatos de uma pessoa é uma fração, passível de agregação e utilização de valores médios, de uma amostra aleatória, representativa da população em geral.

Outro desafio a ser devidamente equacionado refere-se ao fato dos respondentes tenderem a reportar um número maior de pessoas que conhecem quando estas pertencem a populações muito pequenas, ou ainda a reportar um menor número, quando estas pertencem a grupos maiores (Killworth et al., 1998a; Killworth et al., 1998b), portanto, fazendo com que a acurácia das informações seja contexto-dependente. Obviamente tais dificuldades podem comprometer a consistência dos achados e gerar erros nas estimativas produzidas.

Entretanto, metodologias de estimação indireta são preferíveis em função de diversas outras questões, pois não é necessário o contato direto com a população estimada, não expondo, desta forma, os comportamentos desses indivíduos, frequentemente estigmatizado, e eventualmente criminalizado (como no caso específico dos usuários de drogas ou de abortos ilícitos, entre outras questões em saúde pública).

Evitam-se eventuais constrangimentos quanto a prestar informações sobre temas-tabu a entrevistadores com os quais os entrevistados não tem qualquer relação de proximidade e/ou confiança (o que pode e almeja-se estabelecer, mas constitui um desafio em se tratando de inquéritos de grande porte).

Além disso, por se tratar de um inquérito com a população geral, as perguntas sobre as populações a estimar e as demais questões referentes a este método podem ser inseridos em inquéritos regulares já realizados ou a serem realizados no local, o que permite planejar a integração de estudos *scale-up* a pesquisas regulares programadas de antemão. Cabe registrar ainda que este método permite que diversas populações de difícil acesso possam ser estimadas mediante a realização de um único inquérito, o que reduz custos e pode facilitar o monitoramento periódico de tais informações e questões de saúde pública.

No caso do *Network Scale-up*, uma vantagem adicional do método é permitir que seja possível validar as estimativas no processo mesmo de sua obtenção, comparando e contrastando estimativas e cadastros disponíveis relativos a cada uma das populações conhecidas que estão incluídas na pesquisa, o que fornece parâmetros de avaliação referente à população (às populações) considerada(s) “desconhecida(s)” e estimada(s) por meio deste método. Assim, consegue-se saber o quão próximo ou distante a estimativa está do valor real. Killworth et al. (1998a; 1998b) sugerem que sejam usadas cerca de 20 subpopulações de tamanho conhecido de modo a estimar e verificar a rede de contatos nesta metodologia, apesar das críticas de Snidero et al. (2004) no sentido de que

o estimador estaria sujeita a vícios, seja qual for o número desses grupos.

Por ser necessário contar com esses 20 cadastros de populações conhecidas, é mandatório que, em cada município pesquisado esses cadastros sejam similares e tenham elevada qualidade (completude e informações consistentes). Como não dispunha-se à época do estudo de tais cadastros consistentes e confiáveis para o país como todo, optou-se em realizar este estudo apenas nas capitais. Mesmo assim, este foi o maior estudo com a metodologia NSUM já realizado no mundo.

Uma segunda limitação referente a estudos de um grande número de localidades contíguas é a possibilidade de interpenetração e confusão entre redes referentes a moradores de um dado local com relação a cidades dormitório, trabalhadores que realizam movimentos pendulares diários ou trabalhadores sazonais, que compartilham nas suas redes outros indivíduos cujo local de moradia e interação é eventualmente múltiplo. O tratamento matemático (teoria dos grafos) e estatístico dessas complexas estruturas de dependência constitui outro desafio a ser enfrentado em estudos futuros de abrangência nacional.

O presente estudo é o primeiro desenvolvido ao nível do Brasil para estimativa indireta do número de usuários de drogas. Estudos futuros locais ou deste mesmo porte devem ser realizados visando aprimorar tanto o desenho do estudo quanto a formulação e aplicação da metodologia *Network Scale-up*. Espera-se que os pesquisadores que venham a desenvolver novos estudos possam vir a se beneficiar não apenas de nossos acertos, como, e especialmente, de nossos eventuais erros.

Referências

- Bernard HR, Johnsen EC, Killworth PD, Robinson S. Estimating the size of an average personal network and of an event subpopulation: some empirical results. *Soc Sci Res* 1991; 20: 109–21.
- Efron B. Bootstrap methods: another look at the jackknife. *Annals Stat* 1979; 7: 1-25.
- Efron B, Tibshirani R. *An Introduction to the Bootstrap*. New York: Chapman & Hall, 1993.
- Ezoe S, Morooka T, Noda T, Sabin ML, Koike S. Population size estimation of men who have sex with men through the network scale-up method in Japan. *PLoS ONE* 2012; 7: e31184.
- Frischer M, Green ST, Goldberg DJ, Haw S, Bloor M, McKeganey N, Covell R, Taylor A, Gruer LD, Kennedy D. Estimates of HIV infection among injecting drug users in Glasgow, 1985-1990. *AIDS* 1992; 6: 1371–1375.
- Frischer M, Leyland A, Cormack R, Goldberg DJ, Bloor M, Green ST, Taylor A, Covell R, McKeganey N, Platt S. Estimating the population prevalence of injection drug use and infection with human immunodeficiency virus among injection drug users in Glasgow, Scotland. *Am J Epidemiol* 1993; 138: 170–181.
- Gfroerer J, Lessler J, Parsley T. Studies of nonresponse and measurement error in the national household survey on drug abuse. *NIDA Res Monogr* 1997; 167: 273–295.
- Guo W, Bao S, Lin W, Wu G, Zhang W, Hladik W, Abdul-Quader A, Bulterys M, Fuller S, Wang L. Estimating the size of HIV key affected populations in Chongqing, China, using the network scale-up method. *PLoS ONE* 2013; 8: e71796.
- Hacker MA, Leite I, Friedman SR, Carrijo RG, Bastos FI. Poverty, bridging between injecting drug users and the general population, and “interiorization” may explain the spread of HIV in southern Brazil. *Health Place* 2009; 15: 514–519.
- Hook EB, Regal RR. Capture-recapture methods in epidemiology: methods and limitations. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 243–264.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Estimating the size of populations at risk for HIV. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Geneva, Switzerland. 2003. Disponível em: <http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001873.pdf>.
- Jouanjus E, Pourcel L, Saivin S, Molinier L, Lapeyre-Mestre M. Use of multiple sources and capture-recapture method to estimate the frequency of hospitalizations related to drug abuse. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2012; 21(7): 733-741.
- Kadushin C, Killworth PD, Bernard HR, Beveridge AA. Scale-up methods as applied to estimates of heroin use. *J Drug Issues* 2006; 6: 417–40.
- Killworth PD, Johnsen EC, McCarty C, Shelley GA, Bernard HR. A social network approach to estimating seroprevalence in the United States. *Soc Networks* 1998a; 20: 23–50.
- Killworth PD, McCarty C, Bernard HR, Shelley GA, Johnsen EC. Estimation of seroprevalence, rape, and homelessness in the United States using a social network approach. *Eval Rev* 1998b; 22: 289–308.
- McCarty C, Killworth PD, Bernard HR, Johnsen E, Shelley GA. Comparing Two Methods for Estimating Network Size. *Hum Organ* 2001; 60: 20–39.
- Morral AR, McCaffrey DF, Chien S. Measurement of adolescent drug use. *J Psychoactive Drugs* 2003; 35: 301–309.
- Paniotto V, Petrenko T, Kupriyanov V, Pakhok O. Estimating the size of populations with high risk for HIV using the Network Scale-up Method. Kiev International Institute of Sociology, Ukraine. 2009. Disponível em: http://nersp.osg.ufl.edu/~ufruss/scale-up/Ukraine_Final%20Report_scale-up_eng_July24.pdf.
- Rao JNK, Wu CJF. Resampling inference with complex survey data. *J Am Stat Assoc* 1988; 83: 231-241.

- Rao JNK, Wu CJF, Yue K. Some recent work on resampling methods for complex surveys. *Surv Methodol* 1992; 18: 35-41.
- Rogers SM, Miller HG, Turner CF. Effects of interview mode on bias in survey measurements of drug use: do respondent characteristics make a difference? *Subst Use Misuse* 1998; 33: 2179-2200.
- Salganik MJ, Fazito D, Bertoni N, Abdo AH, Mello MB, Bastos FI. Assessing network scale-up estimates for groups most at risk of HIV/AIDS: evidence from a multiple-method study of heavy drug users in Curitiba, Brazil. *Am J Epidemiol* 2011a; 174: 1190-1196.
- Salganik MJ, Mello MB, Abdo AH, Bertoni N, Fazito D, Bastos FI. The Game of Contacts: Estimating the Social Visibility of Groups. *Soc Networks* 2011b; 33: 70-78.
- Salganik MJ, Feehan D. Generalized network scale-up method for estimating the size of hard-to-count populations (No. Technical report). Princeton University. 2009.
- Salmon CT, Nichols JS. The next-birthday method of respondent selection. *Public Opin Q* 1983; 47: 270-276.
- Snidero S, Morra B, Corradetti R, Gregori D. Use of the scale-up methods in injury prevention research: An empirical assessment to the case of choking in children. *Soc Networks* 2007; 29: 527-538.
- Snidero S, Corradetti R, Gregori D. The Network Scale-Up Method: A simulation study in case of overlapping sub-populations. *Metodoloski zvezki* 2004; 1: 395-405.
- Szwarcwald CL, Castilho EA. Estimated number of HIV-infected individuals aged 15-49 years in Brazil, 1998. *Cad Saude Publica* 2000; 16: 135-141.
- UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance. Guidelines on Estimating the Size of Populations Most at Risk to HIV. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance, Geneva, Switzerland. 2010. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/final_estimating_populations_en.pdf?ua=1.
- Van Nuijs ALN, Mougel J-F, Tarcomnicu I, Bervoets L, Blust R, Jorens PG, Neels H, Covaci A. Sewage epidemiology - a real-time approach to estimate the consumption of illicit drugs in Brussels, Belgium. *Environ Int* 2011; 37: 612-621.

Capítulo 9

Quantos usuários de crack e/ou similares há nas capitais brasileiras? Resultados da Pesquisa Nacional sobre Crack, 2012

Neilane Bertoni e Francisco Inácio Bastos em nome do grupo de Pesquisa "Scale-up"

1. Introdução

Os usuários de crack integram a população que faz uso de diferentes drogas ilícitas. Porém, este subgrupo ganhou especial visibilidade e se tornou objeto da atenção dos meios de comunicação, da sociedade e dos gestores públicos por consumir a droga em locais públicos/abertos e em grupos, principalmente nos grandes centros urbanos. Usuários dos similares do crack (pasta base, merla e oxi) apresentam comportamento similar. Na verdade, na ausência de exames toxicológicos sistemáticos nas diversas cenas de uso em todo o país, e em se tratando de um mercado ilícito, e, portanto, não regulado por nenhuma instância de verificação dos produtos consumidos, não necessariamente a substância referida pelo entrevistado tem correspondência com algo definido enquanto tal pela análise toxicológica. Portanto, essas denominações frequentemente se confundem e/ou se sobrepõem. O critério balizador é aqui o consumo de coca/cocaína, fumada, excluídos os casos em que a substância, macerada, é aspergida sobre outras substâncias, sejam elas lícitas (como o tabaco) ou ilícitas (como a maconha).

O consumo de drogas no Brasil e no mundo, com óbvias especificidades regionais e locais, deve ser encarado não apenas como uma questão de saúde pública, mas também como algo que perpassa outros setores para além da saúde, como a segurança pública e a assistência e o desenvolvimento social de uma maneira mais ampla. Sendo assim, políticas públicas ancoradas num conjunto amplo de evidências empíricas e multissetoriais devem ser a base para a for-

2. Resultados

Estimamos o número de usuários de “crack e/ou similares” nas 26 capitais do país e Distrito Federal para o ano de 2012. Por “similares do crack”, entenda-se o uso de pasta-base, merla e oxi, que, assim como o crack, sejam consumidos em cachimbos, latas e copos, ou em outros aparatos similares. Não consideramos aqui os usuários que consomem essas substâncias polvilhadas em cigarros de tabaco ou maconha, por exemplo. Ressalta-se, no entanto, que aquilo que os entrevistados descrevem como similares do crack refere-se, exclusivamente, ao que é fruto das definições dos próprios consumidores e/ou seus

mulação e reformulação de ações voltadas para este grupo populacional, sejam seus integrantes os usuários de drogas de um modo geral, ou os de crack, de forma específica. Uma etapa essencial à formulação, monitoramento e avaliação destas ações é ser capaz de proceder ao correto dimensionamento da magnitude e das características desta população, ou seja, saber para quem e para quantos essas políticas devem ser formuladas e implementadas.

Este estudo utilizou a metodologia denominada *Network Scale-up Method* (NSUM) para estimar o número de usuários de crack e/ou similares, além do número de usuários de drogas ilícitas em geral, com exceção da maconha. Este método foi o escolhido por ser capaz de estimar de maneira mais precisa esta população, dita de “difícil acesso”, tendo por base um inquérito domiciliar, ou seja, entrevistando a população geral em seus domicílios, mas não se limitando aos eventuais dados obtidos por estimação direta.

Este estudo foi realizado em 2012, e compreendeu 24.977 entrevistados, residentes nas capitais do país. Essas pessoas foram visitadas em seus domicílios e responderam a questões sobre suas redes sociais, de uma forma geral, assim como com um foco em usuários de crack e outras drogas e acerca de seus comportamentos.

Mais detalhes sobre esta metodologia e o plano de amostragem deste estudo podem ser encontrados em capítulo específico deste livro (Capítulo 8).

conhecidos (membros de suas redes sociais), e não dos resultados de análises toxicológicas.

Ainda, para fins deste estudo, utilizou-se a definição de “uso regular” como sendo o uso de droga por pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses, sendo esta uma definição da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que norteia o conjunto de materiais (como manuais, questionários e listagens de indicadores) da iniciativa sobre Consumidores de Drogas de Alto Risco (CODAR) daquela organização¹. Cabe observar que não se trata de usar uma determinada

¹ O leitor interessado poderá obter, gratuitamente, todos estes materiais em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=853%3Aen-cuestas-de-comportamiento-en-consumidores-de-drogas-con-alto-riesgo-codar&catid=745%3A---fch-surveillance%2C-monitoring%2C-and-evaluation&lang=en

droga por 25 vezes nos últimos seis meses, mas sim usar tal droga em 25 dias nos últimos seis meses, pois usuários de algumas substâncias (como cocaína em pó e crack), frequentemente fazem uso das mesmas de forma repetida, num curto espaço de tempo, no contexto de um mesmo dia (o que recebe a denominação de “binge” na literatura em língua inglesa).

As estimativas, inicialmente geradas, referem-se ao consumo de “crack e/ou similares” e também a “somente crack”, como observado nas figuras abaixo (Figuras 1A e 1B). Observa-se que, como era de se esperar, a estimativa referente ao uso de crack e/ou similares é maior do que aquela referente ao uso exclusivo do crack. Contudo, pelos motivos mencionados acima (do possível erro de informação sobre a substância efetivamente consumida, do ponto de vista farmacológico e toxicológico, utilizada pelo usuário de crack/similares pertencente à rede social do respondente do inquérito domiciliar) optou-se por apresentar os resultados de todas as análises subsequentes com relação ao uso de “crack e/ou similares”.

As estimativas referentes aos indivíduos, residentes nas capitais do país e no Distrito Federal, que consomem crack e/ou similares de forma regular corresponde a uma proporção de, aproximadamente, 0,81% (Intervalo de Confiança de 95% (IC95%): 0,76-0,86) da população de referência, que é a população residente neste conjunto de municípios (Figura 2A), ou seja, a

população geral de todas as capitais das unidades da federação e Distrito Federal. Isso representaria cerca de 370 mil usuários regulares desses produtos em números absolutos (Figura 2B).

Nesses mesmos municípios, a estimativa para o número de usuários de drogas ilícitas em geral (com exceção da maconha) é de 2,28% (IC95% 2,17-2,38), ou seja, aproximadamente 1 milhão de usuários (Figuras 2A e 2B). Sendo assim, usuários de crack e/ou similares correspondem a 35% dos consumidores de drogas nas capitais do país.

Cabe aqui uma observação referente à exclusão da maconha nas estimativas. Isso se prende a dois fatos: a maconha não integra os critérios CODAR, da OPAS (conforme descrito anteriormente), pois seu consumo tem pequena ou nenhuma associação com a aquisição de infecções de transmissão sexual e/ou sanguínea. Em segundo lugar, por ser uma droga cujo consumo é mais prevalente do que o das demais drogas ilícitas, na imensa maioria dos países, inclusive no Brasil, sua estimação não se coaduna com os pressupostos do método, que se torna impreciso na estimação de populações de difícil acesso de maior magnitude para as quais não existe cadastro (como para as populações enumeráveis mencionadas no capítulo que descreve o método) e tampouco podem ser definidas *a priori* como relativamente raras, ou seja, com prevalência inferior a 4% da população geral.

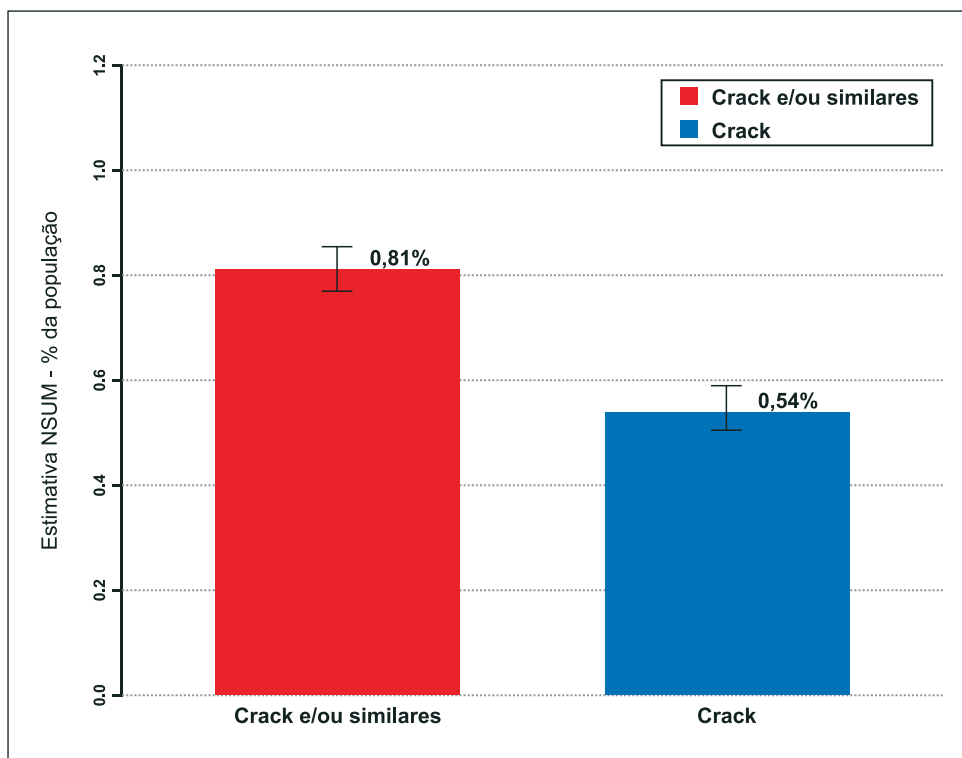


Figura 1A:
Estimativas (em percentual) do uso regular nos últimos 6 meses de “crack e/ou similares” e “crack” nas capitais do Brasil, 2012

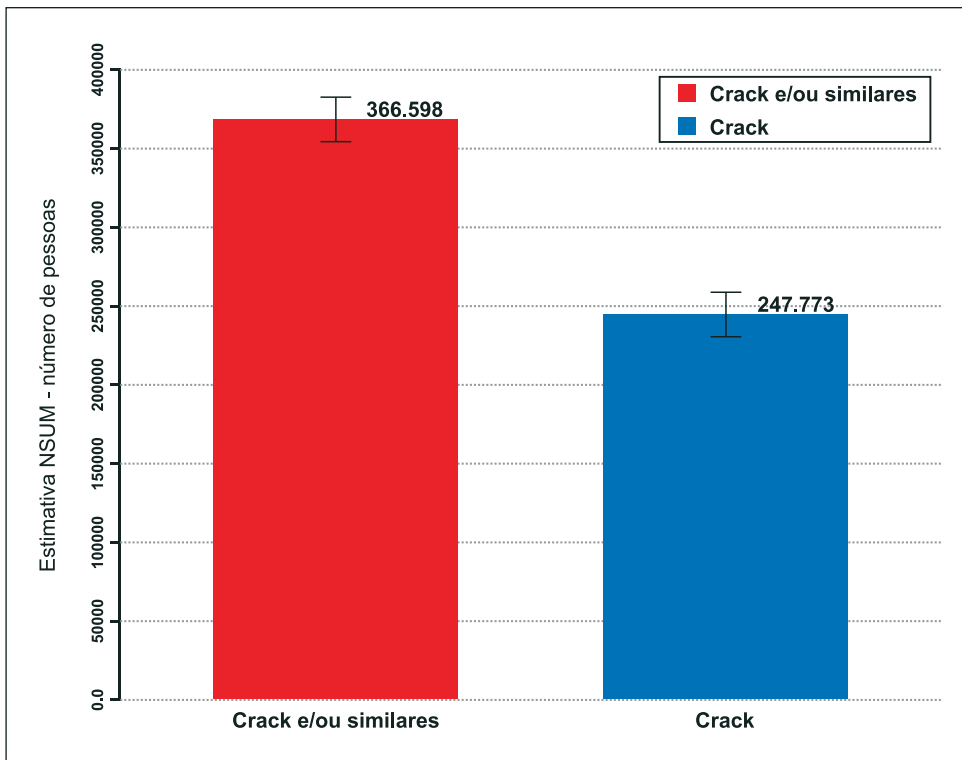


Figura 1B:
Estimativas (em números absolutos) do uso regular nos últimos 6 meses de “crack e/ou similares” e “crack” nas capitais do Brasil, 2012

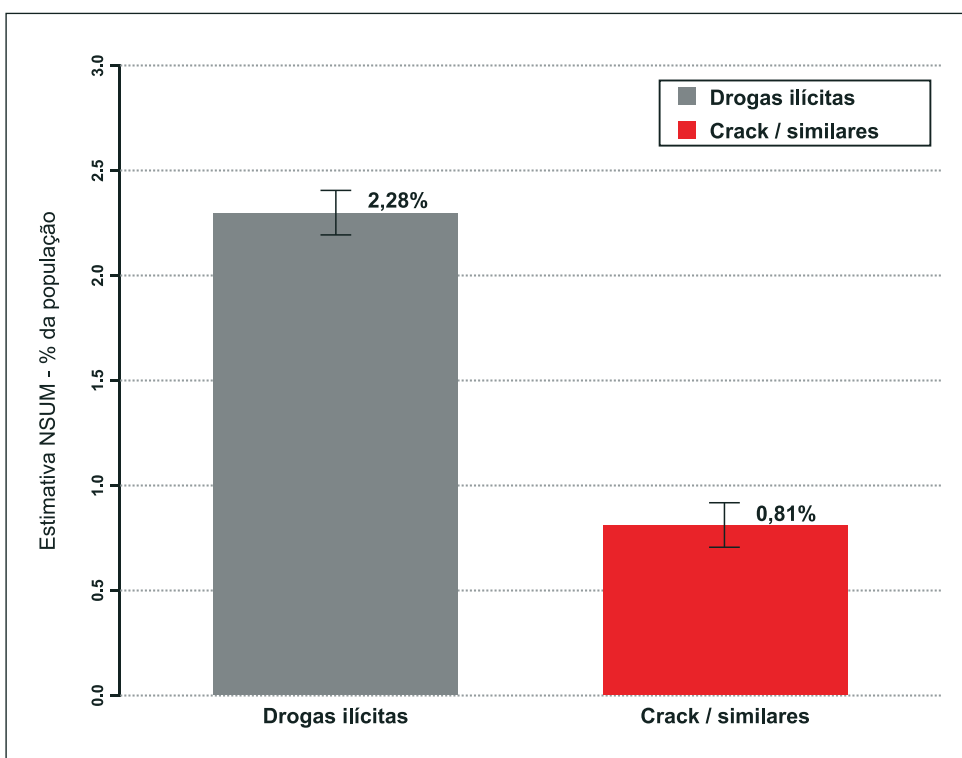


Figura 2A:
Estimativas (em percentual) do uso regular nos últimos 6 meses de drogas ilícitas (exceto maconha) e de “crack e/ou similares” nas capitais do Brasil, 2012.

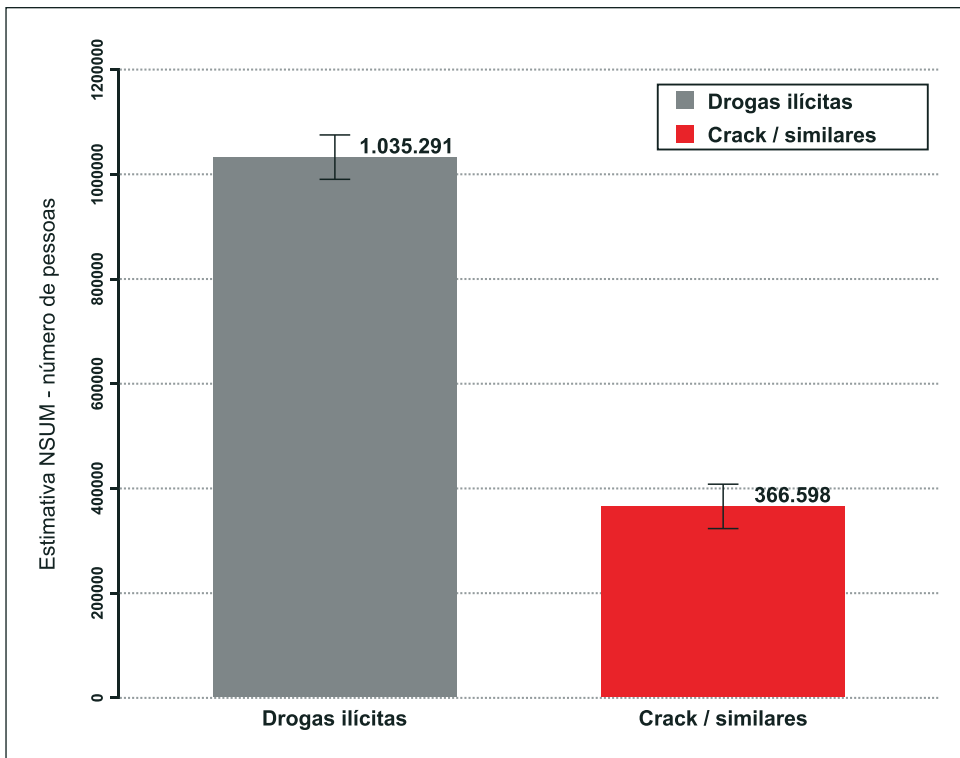


Figura 2B:

Estimativas (em números absolutos) do uso regular nos últimos 6 meses de drogas ilícitas (exceto maconha) e de “crack e/ou similares” nas capitais do Brasil, 2012

Ao contrário da percepção do senso comum, as estimativas de proporção de usuários de crack e/ou similares não são mais elevadas na região Sudeste (Figura 2A), onde, entretanto, o consumo em locais públicos é bastante mais visível devido à magnitude das suas metrópoles e o tamanho expressivo das grandes cenas de uso conhecidas

como “cracolândias”.

Verifica-se a superposição dos intervalos de confiança das estimativas referentes às regiões Sudeste e Norte, por exemplo (Figura 3A). Isso nos indica que, estatisticamente, trata-se de proporções similares, estimadas com relação às capitais dessas duas macrorregiões. Contudo, em números absolutos, o número de usuários de crack

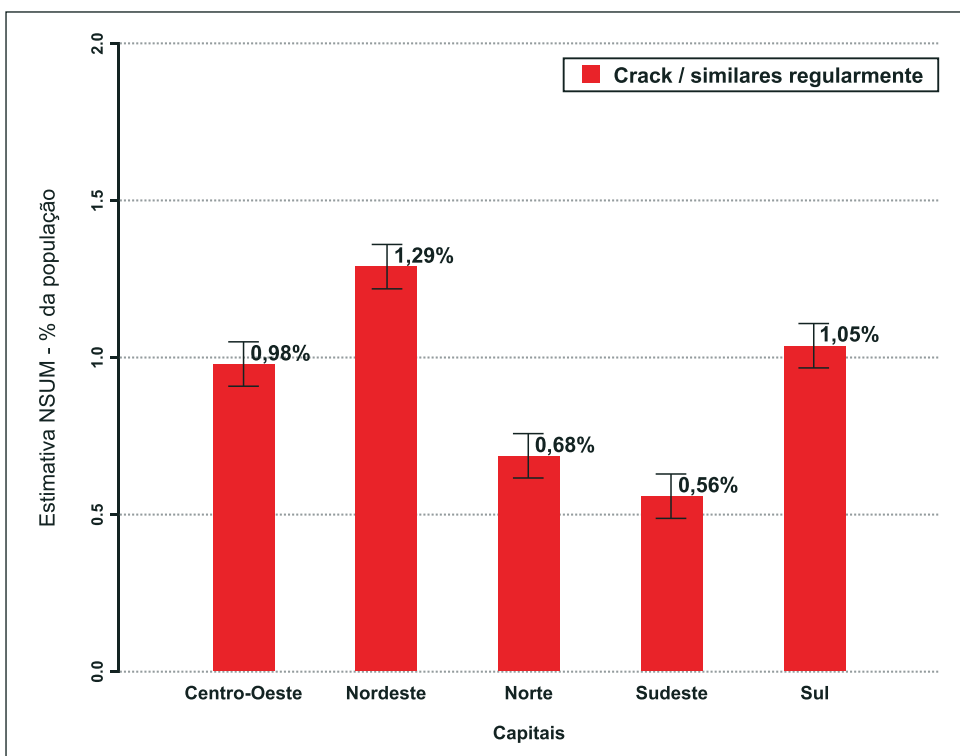


Figura 3A:

Estimativas (em percentual) do uso regular nos últimos 6 meses de “crack e/ou similares” nas capitais do Brasil, por macrorregião, 2012

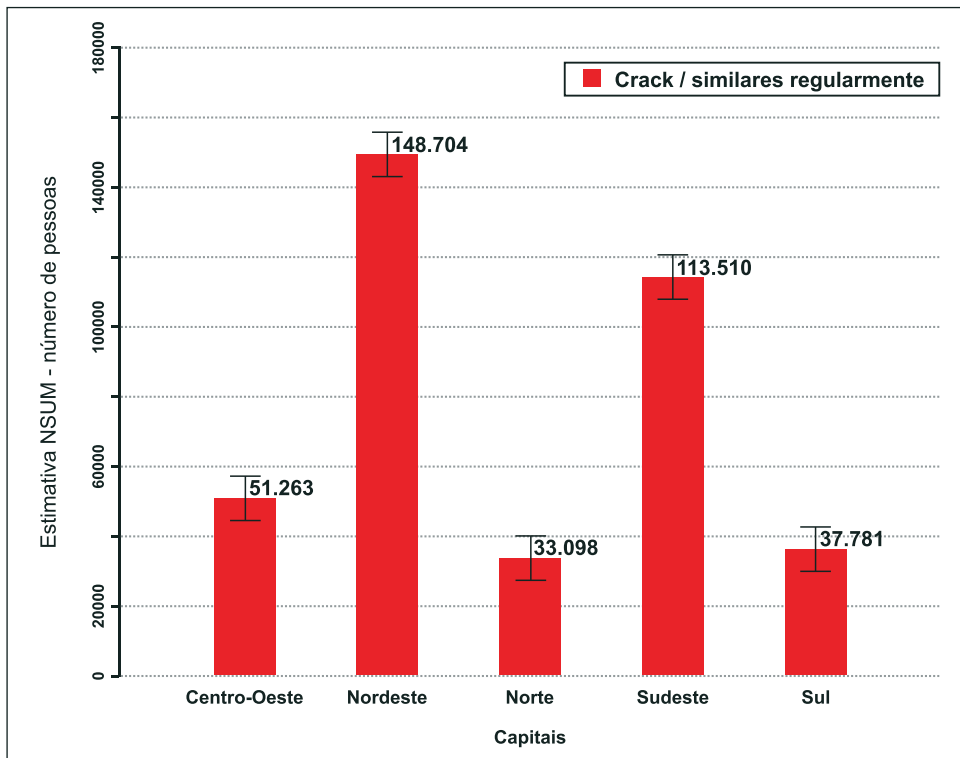


Figura 3B:
Estimativas (em números absolutos) do uso regular nos últimos 6 meses de “crack e/ou similares” nas capitais do Brasil, por macrorregião, 2012

e/ou similares nas capitais do Sudeste é mais elevado do que nas capitais da região Norte (aproximadamente 115 mil vs. 35 mil usuários), por aquela ter maior tamanho populacional do que esta última (Figura 3B).

uso frente às capitais da região Sul, foram aquelas que apresentaram o maior quantitativo de usuários de crack e/ou similares, quando considerado o uso regular dessa droga: mais de 150 mil pessoas.

As capitais da região Nordeste, ainda que, estatisticamente, apresentem proporções similares de

Destaca-se aqui que as estimativas de consumo de crack/similares não correspondem a proporções

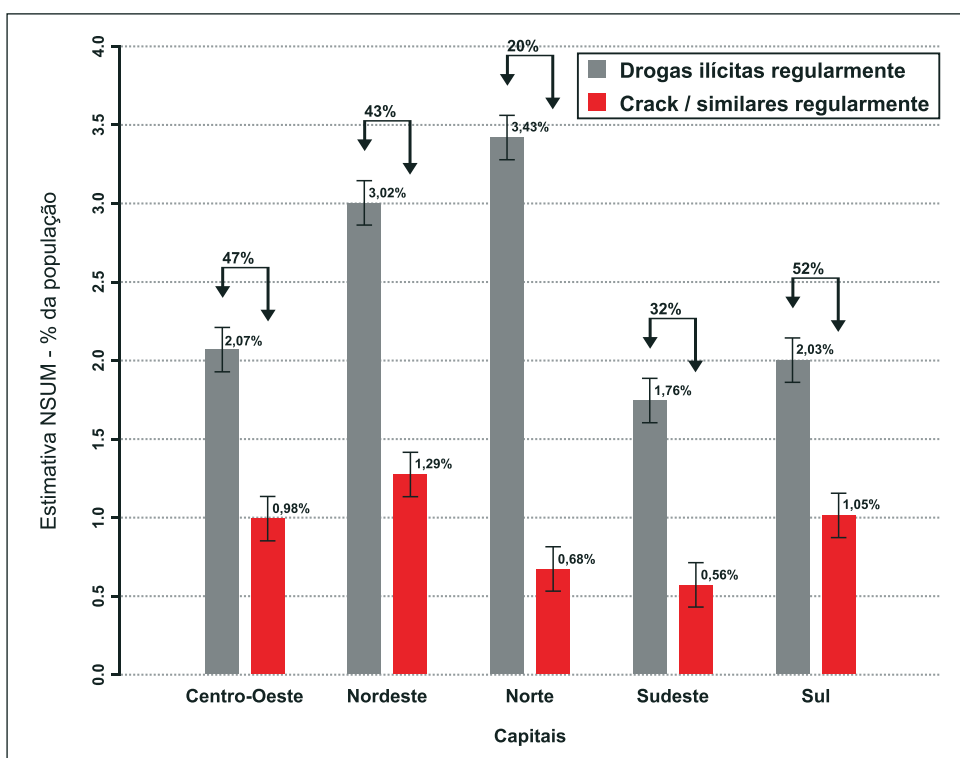


Figura 4A:
Estimativas (em percentual) do uso regular nos últimos 6 meses de drogas ilícitas (exceto maconha) e de “crack e/ou similares” nas capitais do Brasil, por macrorregião, 2012

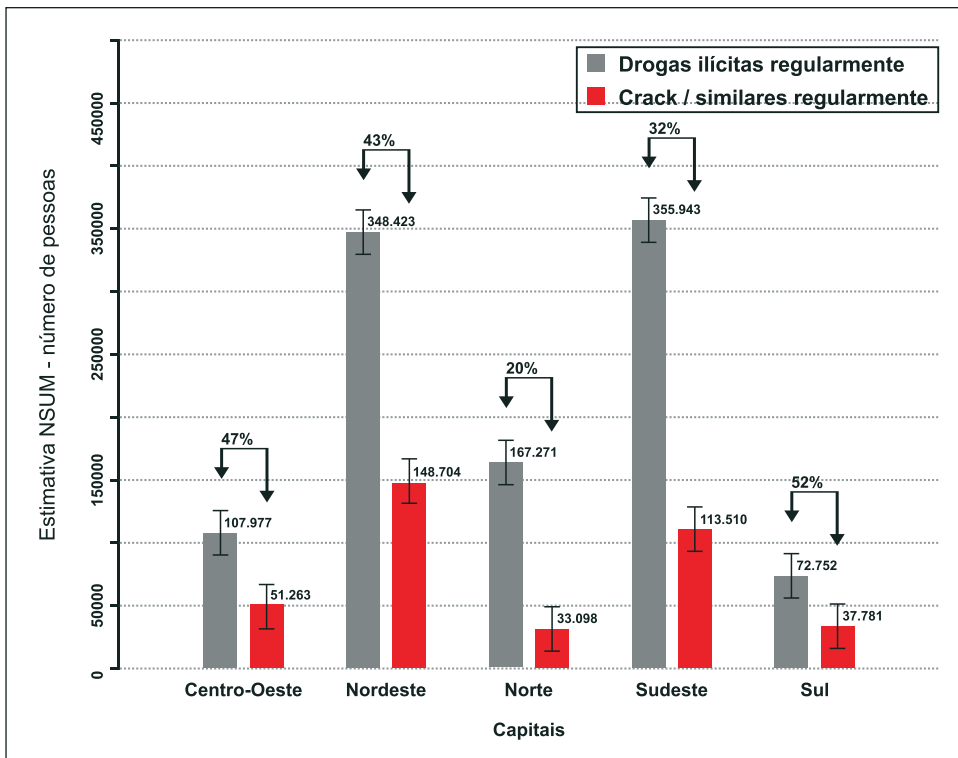


Figura 4B:

Estimativas (em números absolutos) do uso regular nos últimos 6 meses de drogas ilícitas (exceto maconha) e de “crack e/ou similares” nas capitais do Brasil, por macrorregião, 2012

similares no contexto das diferentes drogas consumidas, nas diferentes regiões do país. Existe aí uma pronunciada variação regional. Nas capitais da região Norte, o crack e/ou similares tem uma participação minoritária no conjunto de substâncias consumidas

(cerca de 20%), mas é bastante expressiva no Sul e Centro-Oeste, onde corresponde a 52% e 47%, respectivamente, de todas as drogas ilícitas (que não a maconha) consumidas nas capitais dessas macrorregiões (Figuras 4A e 4B).

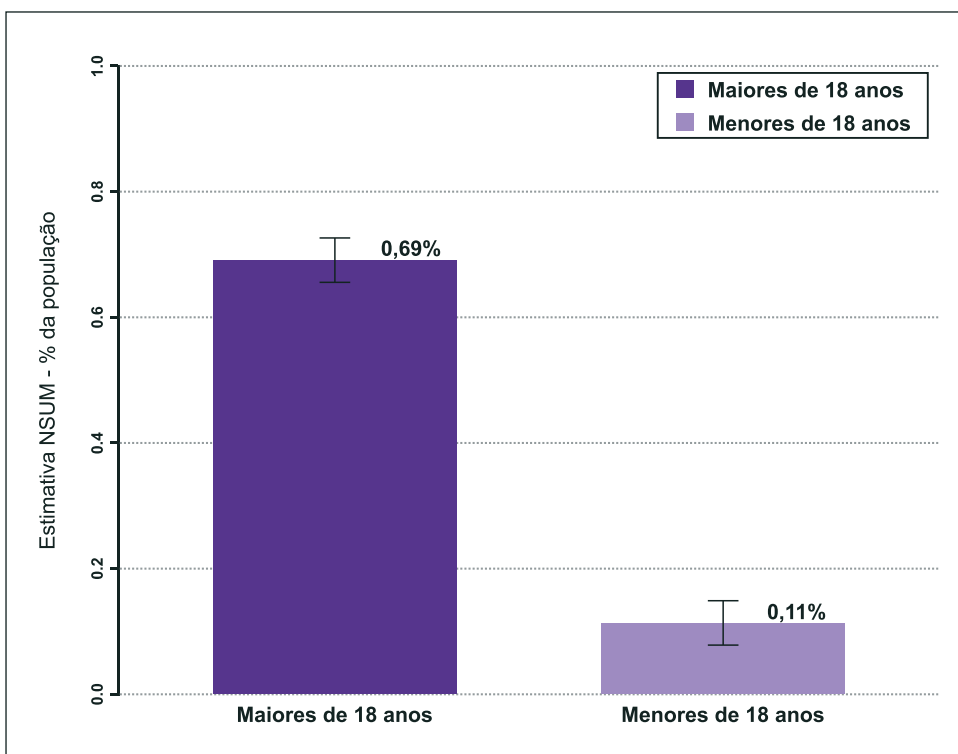


Figura 5A:

Estimativas (em percentual) do uso regular nos últimos 6 meses de “crack e/ou similares” nas capitais do Brasil, por grupo etário, 2012

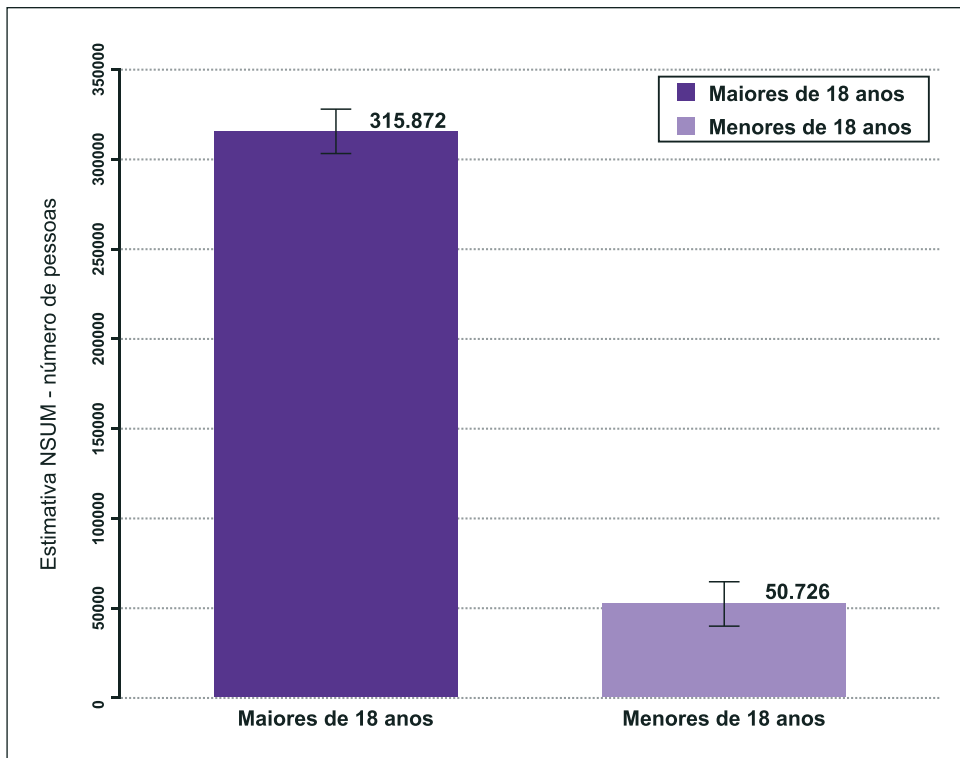


Figura 5B:

Estimativas (em números absolutos) do uso regular nos últimos 6 meses de “crack e/ou similares” nas capitais do Brasil, por grupo etário, 2012

O estudo também avaliou o quantitativo de usuários de crack e/ou similares que são menores de idade (definidos aqui, em consonância com o marco legal, como indivíduos com idade menor do que 18 anos). Dessa forma, para as capitais do Brasil, observou-se que dos 0,81% da população que se estimou ser consumidora regular de crack e/ou similares, 0,11% eram crianças e adolescentes; e 0,70% eram maiores de idade. Ou seja, dos 370 mil usuários de crack e/ou

similares estimados, tem-se que cerca de 14% corresponderia a menores de idade, o que representa cerca de 50 mil crianças e adolescentes que fazem uso dessas substâncias nas capitais do país (Figuras 5A e 5B).

Cabe observar que, qualquer consumo de uma droga cujas consequências são sabidamente graves por parte de crianças e adolescentes constitui um achado particularmente preocupante. Ressalta-se também que a faixa de menores de 18 anos inclui

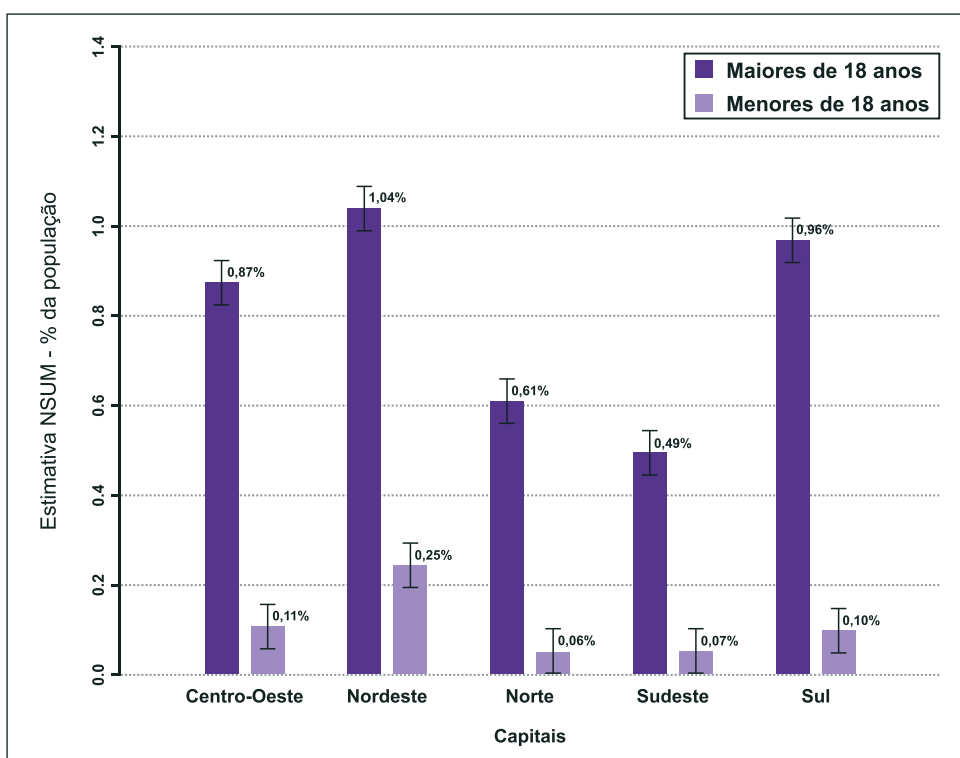


Figura 6A:

Estimativas (em percentual) do uso regular nos últimos 6 meses de “crack e/ou similares” nas capitais do Brasil, por grupo etário, segundo macrorregião, 2012

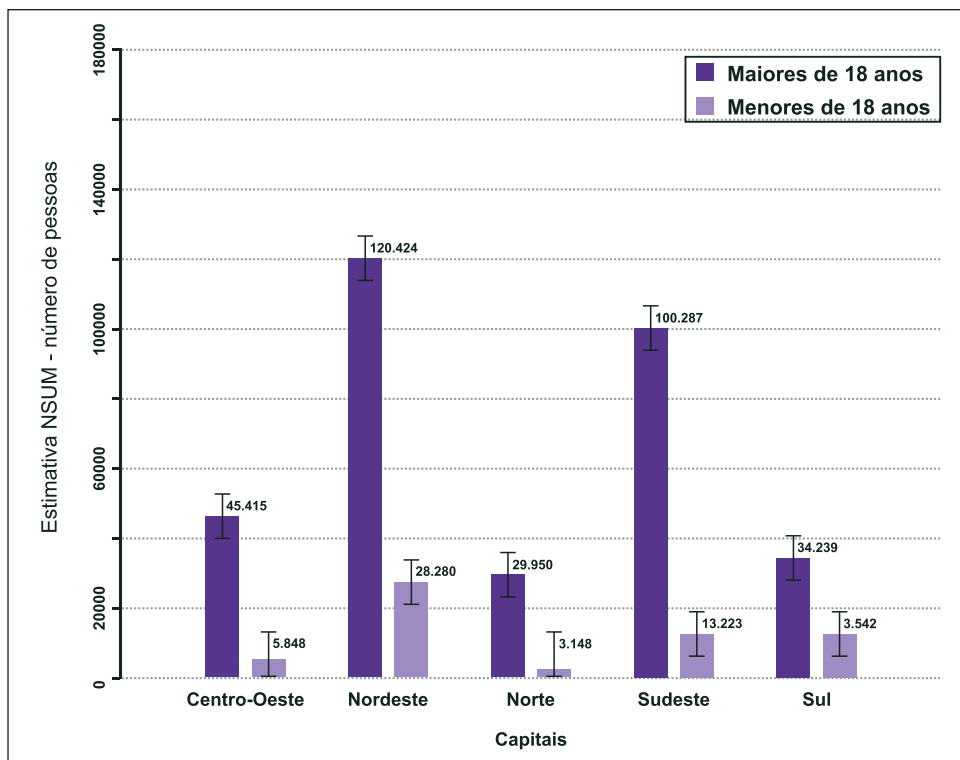


Figura 6B:

Estimativas (em números absolutos) do uso regular nos últimos 6 meses de "crack e/ou similares" nas capitais do Brasil, por grupo etário, segundo macrorregião, 2012

grupos onde o consumo de crack é nulo (por exemplo, bebês menores de 1 ano) ou muito baixa/praticamente zero (por exemplo, crianças até 8 anos). Isso significa que, se fossem excluídas todas essas crianças de idade bastante baixa, o consumo proporcional por parte de adolescentes poderia ser mais relevante e mais elevado, ainda que menor do que o consumo por parte de adultos.

Essas proporções de usuários menores de idade variam conforme a região do país (Figura 6A). As capitais da região Nordeste são as que somam um maior quantitativo de crianças e adolescentes consumidoras de crack e/ou similares, correspondendo a cerca de 28 mil indivíduos. Enquanto que, nas capitais das regiões Sul e Norte, esse número é de cerca de 3 mil menores de idade, em cada uma dessas regiões (Figura 6B).

Para o conjunto de todas as capitais do Brasil, estimou-se que cerca de 80% dos usuários dessas substâncias as utilizam em espaços públicos, de interação e circulação de pessoas, ou, ao menos, em locais passíveis de visualização/visitação, por não se tratarem de espaços privados. Praticamente não se observam diferenças regionais quanto aos resultados obtidos com referência aos locais de consumo do crack e/ou similares (Figura 7), ou seja, em todas as macrorregiões a ampla maioria dos consumidores de crack e/ou similares o faz em locais públicos.

Embora para a geração das estimativas aqui apresentadas não tenha sido visitada qualquer cena de uso, mas sim realizado um inquérito domiciliar, cabe aqui ressaltar que uma cena visualizável de longe não necessariamente é passível de observação detalhada e/ou visita. Como dissemos em capítulos anteriores, algumas cenas podem não ser acessíveis facilmente, mesmo com a ajuda de facilitadores, podendo algumas delas ser inteiramente inacessíveis. Esta permeabilidade ou impermeabilidade das cenas depende das decisões de facções criminosas, de confrontos entre estas facções ou do confronto entre uma dada facção e as forças de segurança. Portanto, visibilidade não se traduz necessariamente em acessibilidade.

Ressalta-se que esse resultado não indica que esse é o percentual de usuários de drogas que vivem nas ruas ou sem moradia fixa, mas reforça a ideia de que realizar inquéritos domiciliares tradicionais para a estimação do número de populações ocultas que são objeto de forte estigmatização e eventual criminalização, como a de usuários de crack e/ou similares, subestimaria o número real desses indivíduos, uma vez que esses métodos, por perguntarem diretamente ao respondente sobre o seu próprio uso de drogas, dificilmente conseguiriam encontrar esses usuários em seus domicílios no momento de realização das entrevistas. Além disso, questionamentos diretos têm de contornar barreiras evidentes à explicitação de um comportamento fortemente estigmatizado.

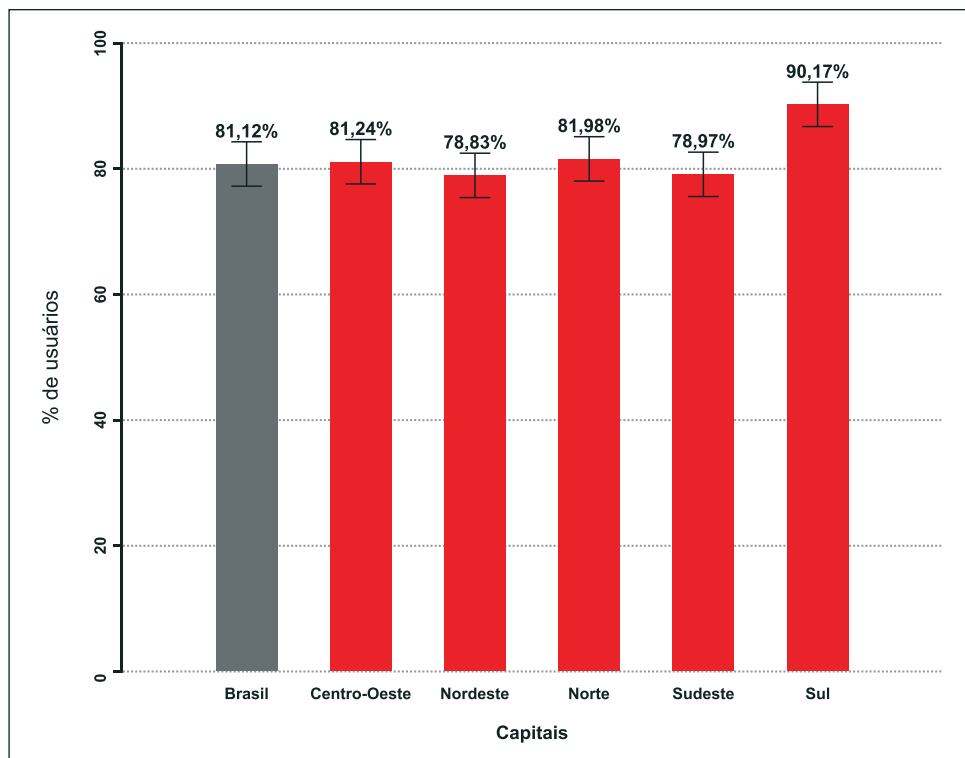


Figura 7: Estimativas do percentual de usuários de “crack e/ou similares” que consomem de forma regular nos últimos 6 meses em locais públicos/visíveis, nas capitais do Brasil, segundo macrorregião e Brasil, 2012

Esta questão constitui, entretanto, uma preocupação central do ponto de vista da metodologia e dos achados empíricos. Nesse sentido, avaliamos o quanto o método direto (tradicional) e o método indireto (NSUM) diferem com relação às estimativas de populações vulneráveis. Incorporamos, com este propósito, ao nosso questionário perguntas referentes ao uso de drogas por parte do entrevistado (metodologia direta), de modo a estimar o número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país em 2012.

Nas comparações entre o método NSUM e o método direto, nos valemos de um “fator de correção”, uma vez que a estimativa gerada pelo NSUM se refere a quaisquer usuários, independentemente da idade, e, no método direto, em se tratando deste estudo, as respostas se referem exclusivamente ao consumo por parte dos próprios entrevistados, todos maiores de 18 anos (em sintonia com os preceitos éticos apro-

vados para o estudo). Como a proporção estimada de menores de idade varia entre as regiões, foram definidos fatores de correção para cada um destes grupos (Quadro 1). Esses fatores de correção foram então aplicados às estimativas previamente geradas pelo método direto, que são aqui apresentadas já corrigidas, possibilitando, assim, a comparação das estimativas entre os dois métodos.

Como dito anteriormente, mediante a utilização do método NSUM, estimou-se que existem nas capitais do país cerca de 370 mil usuários regulares de crack e/ou similares. Utilizando-se da metodologia tradicionalmente utilizada em inquéritos domiciliares (direta), a estimativa gerada foi de cerca de 50 mil usuários (Figura 8B). Ou seja, a estimativa de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país gerada pela metodologia tradicional é 6 vezes menor do que aquela obtida pelo método NSUM.

Quadro 1: Fator de correção para comparação das estimativas direta e indireta do número de usuários de crack e/ou similares, 2012

Fator de correção	Capitais					
	Brasil	Região Centro-Oeste	Região Nordeste	Região Norte	Região Sudeste	Região Sul
	1,14	1,11	1,19	1,10	1,12	1,09

Nota: Para considerar este fator de correção, foi utilizada a estimativa gerada no método NSUM de menores de 18 anos que consumiam de forma regular crack/similares (pois esta era a única estimativa disponível sobre idade).

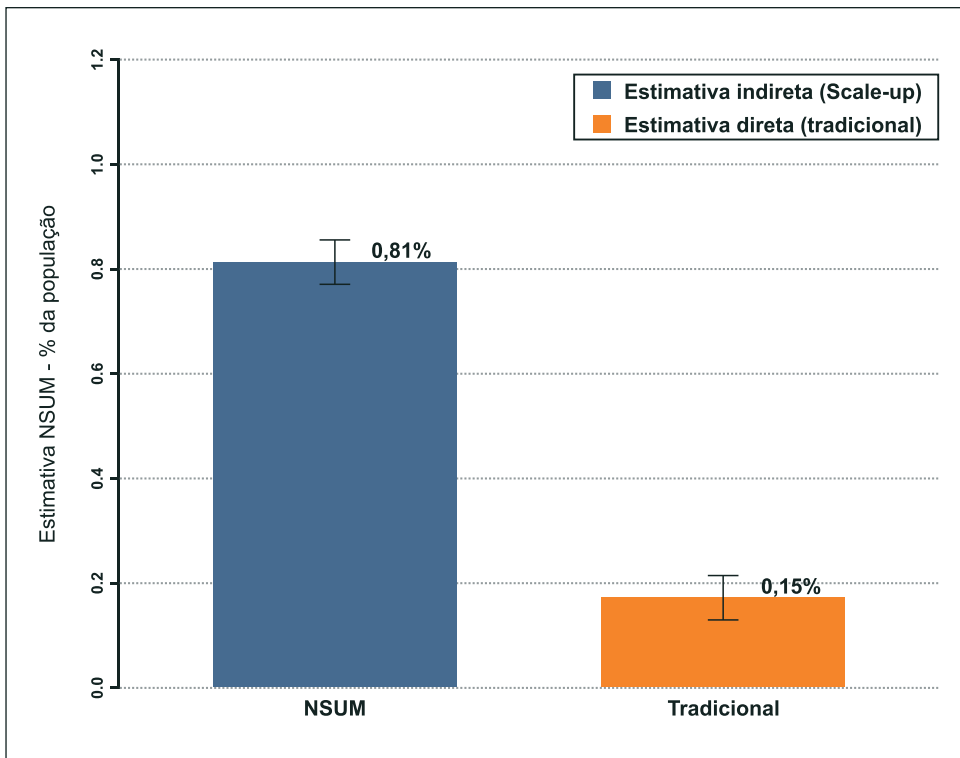


Figura 8A:

Comparação de estimativas (em percentual) do uso regular nos últimos 6 meses de “crack e/ou similares” geradas por meio dos métodos Scale-up (indireto) e Tradicional (direto) nas capitais do Brasil, 2012

Observa-se que o método direto subestima de maneira substancial o número de usuários de crack e/ou similares em todos os conjuntos de capitais regionais. Esta diferença foi mais pronunciada na região Norte. Se utilizássemos exclusivamente a metodologia tra-

dicional, encontraríamos que, nas capitais do Norte, o número de usuários de crack e/ou similares seria inferior a 3 mil indivíduos. Já por meio do método NSUM estima-se esse número como sendo de, aproximadamente, 33 mil pessoas (Figura 9B).

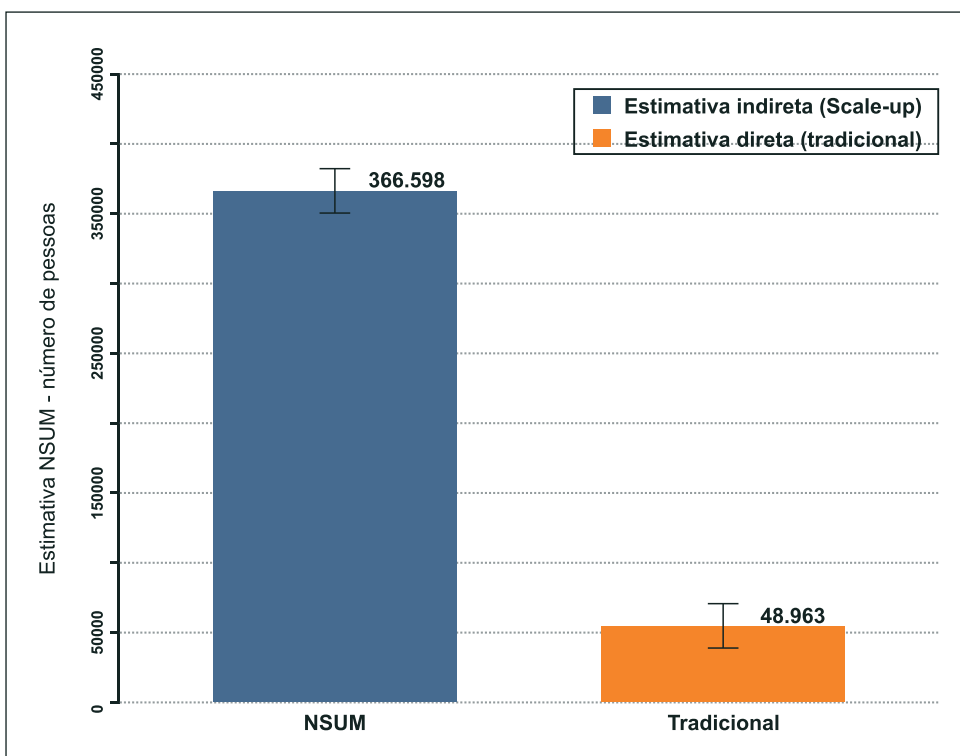


Figura 8B:

Comparação de estimativas (em números absolutos) do uso regular nos últimos 6 meses de “crack e/ou similares” geradas por meio dos métodos Scale-up (indireto) e Tradicional (direto) nas capitais do Brasil, 2012

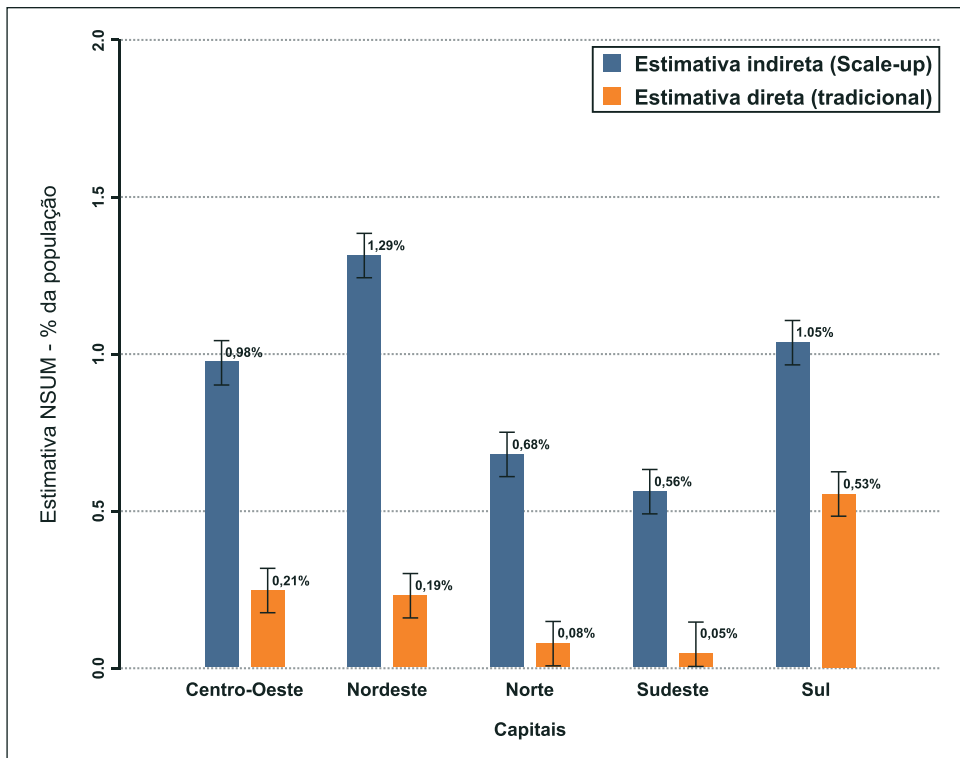


Figura 9A:

Comparação de estimativas (em percentual) do uso regular nos últimos 6 meses de “crack e/ou similares” geradas por meio dos métodos Scale-up (indireto) e Tradicional (direto) nas capitais do Brasil, por macrorregião, 2012

Os resultados apresentam diferenças muito pronunciadas, uma vez que o método tradicional diz respeito a populações regularmente domiciliadas, pois apenas essas são passíveis de serem selecionadas para serem entrevistadas neste tipo de estudo. Já o método NSUM consegue contabilizar, além dessas, as populações que vivem nas ruas ou em abrigos, além de indivíduos que estão no momento da pesquisa em instituições fechadas, como o sistema carcerário e clínicas de tratamento. Nessa metodologia, não importa se o usuário está em

sua residência ou não. O que é perguntado ao entrevistado é o comportamento dos indivíduos pertencentes à rede de contatos do respondente, e não dos próprios.

Além disso, com a metodologia NSUM é possível reduzir o viés de informação que é gerado pelo mascaramento de informações de comportamentos estigmatizados e/ou criminalizados dos respondentes, uma vez que eles não falam de si, mas sim de terceiros, não nomeados, apenas estimados.

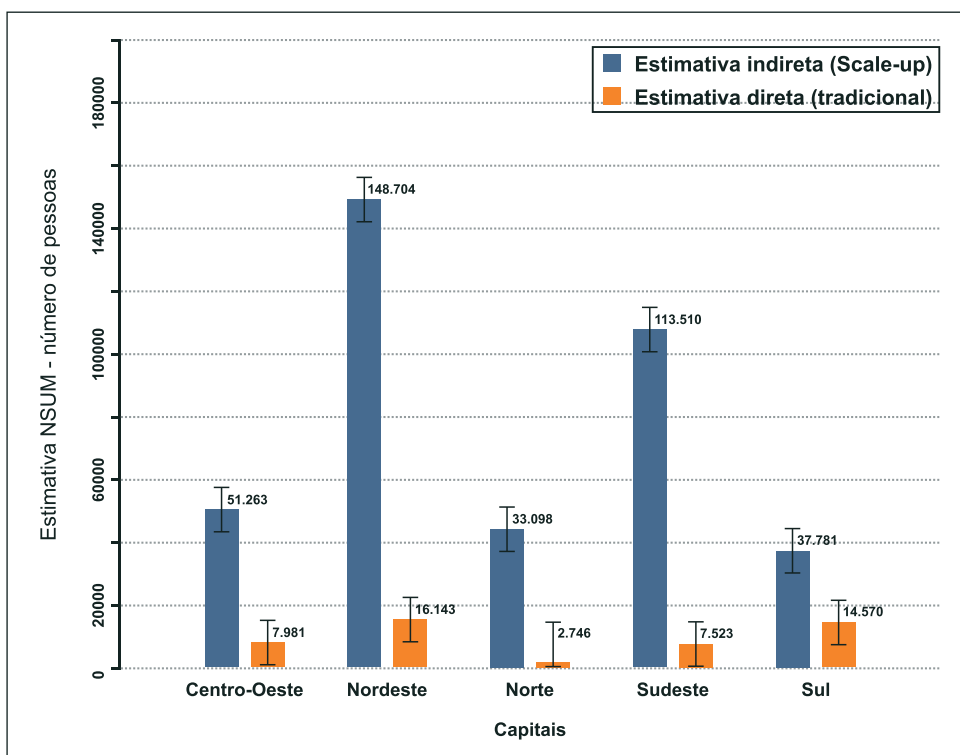


Figura 9B:

Comparação de estimativas (em números absolutos) do uso regular nos últimos 6 meses de “crack e/ou similares” geradas por meio dos métodos Scale-up (indireto) e Tradicional (direto) nas capitais do Brasil, por macrorregião, 2012

3. Considerações Finais

Cabem aqui algumas observações empíricas e metodológicas. Em primeiro lugar, documentamos no presente capítulo e no capítulo referente ao método, a aplicação bem sucedida de uma metodologia inovadora, de utilização ainda muito rara no país, especialmente em saúde pública.

Devemos ter em mente que o presente estudo respondeu a uma demanda do governo e da sociedade no sentido de investigar e quantificar o fenômeno emergente do consumo de crack em grandes áreas urbanas, embora esse consumo também ocorra em cidades de menor porte. O aparecimento de grandes cenas abertas de consumo de crack e/ou similares, denominadas nos grandes municípios de “cracolândias”, é de fácil visualização (ainda que isso não se traduza, de forma simplista, em fácil compreensão), e receberam ampla cobertura dos meios de comunicação e a atenção da sociedade.

A resposta do poder público e dos pesquisadores é justamente encontrar métodos e procedimentos que possam ir ao encontro dessa percepção social, ou seja, desenvolver ferramentas capazes de estimar, com precisão, pessoas que passam parte do seu tempo nas “ruas” ou mesmo estão em situação de rua, lá residindo em condições precárias, e não podem ser acessadas por meio de metodologias clássicas.

Quando esta demanda foi formulada, nosso grupo de pesquisa, em parceria com os colegas da Universidade de Princeton, NJ, EUA, havia recém-terminado uma pesquisa com finalidade correlata (estimar o tamanho de subgrupos populacionais de difícil acesso na sua possível inter-relação com o HIV/AIDS (Salganik et al., 2011)), e com grande sucesso empírico, documentado pela sua publicação nas revistas mais prestigiosas do mundo, nas áreas de epidemiologia e análise de redes sociais, respectivamente. Portanto, o presente estudo se apresentou como um desdobramento natural do estudo anterior, que também dizia respeito a usuários de drogas ilícitas, ainda que sem ênfase, naquela ocasião, no consumo de crack².

Cabe ressaltar ainda que a plena implementação de novos métodos de pesquisa não impossibilita, de forma alguma, que os inquéritos clássicos tenham continuidade, pois estes constituem fonte indispensável de dados para séries históricas longas (obviamente, desde que se valham de desenhos amostrais e estratégias de investigação comparáveis entre si), de que dispõem os países mais avançados em pesquisa, como as longas séries históricas de pesquisas domiciliares norte-americanas³ e europeias⁴.

Por outro lado, é fundamental observar que diferentes questões exigem o desenvolvimento de inquéritos que guardam especificidades importantes. Por exemplo, há décadas os inquéritos domiciliares norte-americanos sobre-representam, propositalmente, populações específicas que desejam conhecer em maior detalhe, como, por exemplo, diferentes subgrupos da população hispânica. Portanto, caso a pergunta central de um dado estudo se refira ao consumo de álcool e drogas por parte de uma dada minoria, seja ela definida em função de gênero ou identidade sexual, características raciais/étnicas, culturais ou religiosas, tal especificidade deve ser plenamente incorporada ao desenho amostral do estudo, pois, por definição, dados referentes a quaisquer minorias habitualmente geram observações esparsas, que não possuem o adequado poder estatístico quando o foco primário é exclusivamente a população geral.

Da mesma forma, estimar o consumo de uma dada substância requer um desenho amostral que possibilite estimar com segurança um padrão de uso eventualmente esparsos no contexto da população geral. Por exemplo, toda e qualquer pesquisa já realizada no Brasil, junto a quaisquer populações, sejam elas domiciliadas ou cativas (como escolares, população carcerária e pacientes de serviços de saúde não especializados) documenta que o consumo de álcool é a mais prevalente dentre todas as substâncias psicoativas consumidas no país. Portanto, amostras de inquéritos referentes ao álcool podem lançar mão de quantitativos substancialmente diminutos, se comparados a estudos que focalizem quaisquer substâncias

2 O conjunto de publicações, banco de dados e rotinas de análise referente à pesquisa anterior, realizada em Curitiba, está disponível para *download* (script), a custo zero em: <http://opr.princeton.edu/archive/NSUM/>. Recentemente, tivemos a grata surpresa de termos nossos dados exaustivamente examinados por um segundo grupo, independente, de pesquisadores norte-americanos, que, valendo-se de estratégias de análise distintas das que havíamos adotado, chegaram a resultados em tudo similares (ver: <http://nersp.osg.ufl.edu/~ufruss/scale-up/maltiel%202013.pdf>).

3 Consultar, entre outras fontes, o *site* oficial do NSDUH: <https://nsduhweb.rti.org/>

4 Disponíveis, entre outras fontes, em: <http://www.emcdda.europa.eu/>

de uso menos prevalente, especialmente se este uso ocorre majoritariamente em contexto não domiciliar.

Ainda nesta mesma linha de raciocínio, cabe ainda ressaltar que diferentes substâncias estão associadas a diferentes taxas de não-resposta e a diferenciais expressivos de mensuração em função das estratégias de pesquisa utilizadas. Ensaio clínico randomizado realizado anteriormente por nosso grupo, demonstrou que as taxas de não-resposta e as discrepâncias referentes à aplicação de entrevistas face-a-face vs. sistemas automatizados de coleta de informações, como os métodos áudio-visuais computadorizados (por exemplo, o ACASI), diferem de forma marcante quanto à mensuração do consumo de diferentes substâncias (Simões et al., 2006), e que, portanto, inquéritos domiciliares clássicos devem sempre levar em conta estas especificidades.

Mesmo sendo os resultados obtidos com a metodologia NSUM mais elevados do que aqueles gerados pela metodologia tradicional, não podemos afirmar

se há ou não no país uma epidemia do uso de crack e/ou similares, uma vez que uma epidemia só pode ser caracterizada tecnicamente a partir de resultados obtidos de uma série histórica de registros de estimativas/contagens do fenômeno sob análise.

Contudo, este estudo nos traz uma dimensão do atual problema do consumo de crack e/ou similares nas capitais do país e pode ser visto como uma linha de base para estudos futuros com a utilização de mesma metodologia, com o propósito de gerar séries históricas consistentes e confiáveis.

Além disso, a partir dele é possível pensar em políticas públicas que levem em consideração, por exemplo, as diferenças quantitativas em cada macrorregião para fins de elaboração e implementação de estratégias de tratamento e afins. Ressaltamos também a importância de estratégias voltadas para a população de crianças e adolescentes, apesar dessa população não constituir a maior parte de consumidores regulares de crack e/ou similares nas capitais do Brasil.

Referências

Salganik MJ, Fazito D, Bertoni N, Abdo AH, Mello MB, Bastos FI. Assessing network scale-up estimates for groups most at risk of HIV/AIDS: evidence from a multiple-method study of heavy drug users in Curitiba, Brazil. *Am J Epidemiol* 2011; 174: 1190–1196.

Simoes AA, Bastos FI, Moreira RI, Lynch KG, Metzger DS. A randomized trial of audio computer and in-person interview to assess HIV risk among drug and alcohol users in Rio De Janeiro, Brazil. *J Subst Abuse Treat* 2006; 30(3): 237-43.

Capítulo 10

Uma perspectiva social para o problema do crack no Brasil: implicações para as políticas públicas

Leon Garcia¹, Roberto Tykanori Kinoshita² e Vitore Maximiano³

¹ Diretor de Articulação e Coordenação, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Justiça

² Coordenador de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, DAET/SAS/Ministério da Saúde

³ Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas do Ministério da Justiça

Esse capítulo final tem por objetivo estabelecer um elo entre os achados da pesquisa, até aqui relatados, e suas possíveis repercussões na avaliação e planejamento das políticas públicas desenvolvidas na área de drogas no país. Para cumprir esse objetivo, primeiro, serão traçados quatro perfis dos usuários regulares de crack, os quais poderão orientar as políticas desenhadas para grupos sociais que possuem necessidades distintas. Em um segundo momento, será discutida a complexa e intrínseca relação entre vulnerabilidade social e dependência do crack. A par-

1. Os perfis dos abusadores de crack

O perfil dos usuários frequentes de crack, retratados nessa publicação, aponta para uma ampla maioria de pessoas em situação de grande vulnerabilidade social. A importância desse achado decorre, antes de mais nada, da abrangência e rigor dessa que é a maior pesquisa sobre o uso de crack já realizada no Brasil e no mundo, o que confere robustez e consistência aos resultados. Ademais, é possível estimar as implicações que os resultados trarão – e já trazem – para as políticas públicas no país, especialmente no que tange ao perfil dos usuários regulares da droga.

Com o objetivo de orientar um conjunto de políticas abrangentes que contemple todos os abusadores de crack e ao, mesmo tempo, responda às necessidades específicas de grupos heterogêneos, são traçados 4 perfis de usuários, a partir dos resultados da pesquisa aqui retratada e de outras realizadas no Brasil. Estes perfis não correspondem necessariamente a perfis definíveis por procedimentos estatísticos ou critérios epidemiológicos, mas sim a “tipos ideais” no sentido da sociologia Weberiana, utilizados por Max Weber (1864-1920) na análise de fenômenos históricos e sociais complexos, como a famosa correlação entre a ética protestante e o nascimento e consolidação do capitalismo. Cabe esclarecer desde já a habitual confusão conceitual entre “ideal” enquanto meta a alcançar ou parâmetro, e a aceção de fato utilizada por Weber, que seria expressa de forma clara em português como “construto mental” (ou seja, ideal no sentido de ideiação, formulação de ideias), ou seja, uma ou mais formulações que auxiliam a compreender e interpretar fenômenos sociais complexos.

tir das conclusões dessas discussões, serão elencadas algumas ações já implementadas e outras que podem ser desenvolvidas ou aprofundadas e que podem incidir positivamente na diminuição do impacto social do uso do crack. Por fim, para ilustrar a necessidade de políticas que garantam direitos, integrando ações, será relatado o caso da implementação do programa “De Braços Abertos” na cidade de São Paulo, destacando alguns de seus princípios que podem, a despeito das diferentes realidades do Brasil, servir como inspiração para outras experiências.

Perfil 1 - Homens marginalizados

Constituem a grande maioria dos usuários regulares de crack no Brasil. São adultos jovens do sexo masculino, majoritariamente pardos e pretos, com baixa escolaridade, sinalizando uma origem familiar e uma inserção social que os expõe às diferentes formas de marginalização e estigmatização, como, por exemplo, o racismo.

As consequências do abuso da droga ao longo dos anos agravam sua condição de exclusão e ampliam essa sua vulnerabilidade, levando à franca marginalização social desses jovens indivíduos: abandono escolar precoce, desemprego, conflito com a lei, prisão, vida nas ruas (Dias, 2011). Corroboram esse perfil o incremento observado nas prisões por tráfico de drogas no Brasil, com indícios de que usuários (e não apenas traficantes) podem estar sendo encarcerados, a partir de um viés racial e social dos indiciamentos e condenações (Boiteux, 2011).

Perfil 2 - Mulheres marginalizadas

São mulheres marcadas pelas mesmas desvantagens sociais e trajetória dos homens acima mencionados. Estas usuárias estão gravemente expostas à violência sexual (44,5% relataram ter sofrido esse tipo de violência) e à ausência de apoio social na gestação (50% das entrevistadas engravidaram ao menos uma vez durante o período de uso regular do crack).

Perfil 3 - Adolescentes vulneráveis

O componente de estimação da pesquisa aponta que 14% dos usuários regulares de crack, vivendo no conjunto de capitais brasileiras, são menores de 18 anos. Os adolescentes são minoria nas cenas de uso. Embora não se tenha captado informações sobre seu perfil no contexto da presente pesquisa, sabe-se, no

entanto, que o uso de crack e/ou cocaína já atingia, dez anos atrás, até 4 em cada 10 adolescentes em situação de rua no Brasil (Noto, 2003). Outras fontes informam que o tráfico de drogas vem crescendo como fundamento legal para aplicação de medida de internação de adolescentes (Folha de São Paulo, 2013).

Se, no conjunto da população que abusa de crack, os adolescentes são um grupo proporcionalmente menor, dentre os adolescentes com elevada vulnerabilidade social (que estão em situação de rua e/ou em conflito com a lei), o uso de drogas parece ser mais frequente/estritamente associado a riscos e danos (em função da inexperiência quanto aos efeitos adversos do próprio consumo e vulnerabilidade social, entre outros fatores), e está associado ao agravamento da exclusão social.

Possivelmente, na ausência de políticas eficazes, esses adolescentes poderão seguir, ao longo dos anos, a trajetória dos homens e mulheres marginalizados descritos anteriormente.

2. A vulnerabilidade dos usuários de crack e a necessidade de políticas sociais integradas

A partir dos achados da pesquisa, o gestor público pode concluir que o uso prejudicial do crack no Brasil de hoje é principalmente um problema social.

Não foi diferente, aliás, a conclusão a que chegaram os estudiosos estadunidenses sobre a “epidemia de preocupação”¹ com o crack pela qual passou aquele país a partir de meados dos anos 80 até o início dos anos 90 (Rainerman & Levine, 1997). O que as evidências científicas mostraram foi que os problemas causados pelo crack restringiram-se a um segmento específico de jovens negros e hispânicos de bairros pobres das grandes cidades. Nos Estados Unidos de então, como no Brasil de hoje, o foco do debate na farmacologia do crack obscureceu a análise das histórias de vida das pessoas que o usam e a dimensão social de seus determinantes. De forma complementar, trabalho recente de uma das maiores autoridades em epidemiologia do abuso de drogas do mundo, o prof. James Anthony, hoje na Universidade de Michigan (anteriormente

Perfil 4 - Adultos socialmente integrados

Nesse perfil estão incluídas as pessoas que experimentaram menos danos em decorrência do uso do crack. Alguns desenvolveram estratégias de “gestão” (mais ou menos exitosa) do consumo do crack (Oliveira, 2008). Eles trabalham, ainda que por vezes em tempo parcial ou de forma temporária, e/ou contam com maior apoio social, o que inclui o papel da família e comunidades religiosas (Dias, 2011). Muitos desses homens e mulheres, em algum momento, pertenceram ao perfil dos marginalizados e conseguiram sair dele ao longo dos anos. Outros, já contavam com mais recursos para evitar a marginalização social quando iniciaram o uso de drogas.

Traçados esses perfis, caberá uma análise mais detida das condições de intensa vulnerabilidade social a que está exposta a ampla maioria dos usuários de crack, bem como da necessidade estratégica de implementação de políticas sociais integradas.

professor titular da Universidade Johns Hopkins), mostra que o pronunciado declínio recente do consumo de crack nos EUA não se mostra correlacionado a nenhum dos elementos intuitivamente elencados como supostamente responsáveis por esse declínio (como taxas de encarceramento, pureza ou preço unitário do crack no mercado ilícito). Ou seja, a adequada compreensão da dinâmica social do consumo de crack ou de qualquer outra substância, no tempo, em diferentes sociedades, requer sempre a análise de dados empíricos consistentes, de natureza eventualmente contraintuitiva (Parker & Anthony, 2014).

A conclusão de que o abuso de crack é hoje um problema fortemente social não significa minimizar ou secundarizar a importância das ações de saúde, até porque muita das ações de saúde pública tem forte cunho social, na medida em que podem contribuir para reduzir as desigualdades sociais e buscar oferecer ou resgatar a qualidade de vida das pessoas.

¹ O uso da expressão “epidemia de preocupação” explica-se pelo fato de que no início e durante boa parte dos anos em que a sociedade estadunidense viveu uma forte comoção com o tema da cocaína e do crack, o seu uso estava na verdade declinando e era bastante mais restrito do que se supunha à época, como apontavam as séries históricas de diversos estudos epidemiológicos.

Também não se pretende aqui extrair conclusões definitivas sobre causalidade (condições sociais precárias necessariamente causam quadros de dependência de drogas ou dependência de drogas necessariamente precarizam condições sociais), a partir de uma pesquisa que procede a um recorte no tempo (estudo transversal) nas vidas das pessoas que usam regularmente crack.

No entanto, duas características dos usuários regulares de crack encontradas por esse estudo consistem historicamente, na sociedade brasileira, em marcadores de uma desvantagem social determinada já no nascimento ou, em grande medida, nos anos que precedem ao abuso de drogas: o fato de serem não brancos (80% dos entrevistados) e a baixa escolaridade.

Recentes investigações sociológicas têm demonstrado como a oportunidade do acesso universal ao ensino ainda é insuficiente para reverter a desvantagem do conjunto dos filhos das famílias mais fragilizadas socialmente. Ao mesmo tempo em que a saída precoce da escola de tantos que nunca, de fato, estiveram em igualdade de condições para aproveitar seu efeito emancipador, conduz – em regra – para o caminho da precariedade e do risco constante de marginalização (Souza, 2009).

O estudo, ora desenvolvido, apontou que, em certos contextos sociais, o envolvimento com o crack pode tornar-se um dos elementos desse percurso de exclusão. Por outro lado, a intensidade e extensão do consumo – são, na média, 14 pedras por dia e 8 anos de uso intenso – parece contribuir ainda mais para agravar a exclusão social de quem já nasceu em um contexto de desigualdades.

Esses jovens com baixa escolaridade, muitos deles com precário suporte familiar, entram na vida adulta em franca desvantagem na disputa por trabalho, renda e um lugar social.

O conflito com a lei que, como essa pesquisa evidenciou, pode se iniciar por ocasião do consumo de uma droga ilegal, por vezes, se aprofunda com a entrada no micro varejo do tráfico ou mesmo na prostituição, principalmente para as mulheres. Isso expõe esses jovens às violências e violações de direitos que caracterizam uma vida marginal. É impactante a constatação de que 44,5% das mulheres que fazem uso regular de crack revelaram já ter sofrido violência sexual. São as excluídas dos excluídos, aquelas sob vulnerabilidade social ainda maior.

Situação semelhante foi evidenciada por uma aprofundada etnografia com usuários e pequenos traficantes de crack em um dos guetos hispânicos de Nova York, realizada em meados da década de noventa (Bourgois, 1996). A pesquisa indicou também que o uso regular do crack se mostra associada a alguns dos fatores de risco que fazem aumentar a criminalidade, assim como também, em si mesmo, constitui um fator de risco para outros agravos, como doenças infecciosas e maus tratos de crianças.

Outro importante resultado do estudo brasileiro indica que 78% dos pesquisados manifestaram o desejo de se tratar. Indagados, contudo, sobre qual o tratamento que desejam, indicaram, na realidade, serviços de cuidados básicos de saúde e outros de caráter social, com oferta de hospedagem, alimentação, higiene pessoal, programas de requalificação profissional etc.

Diante desse cenário, há de fato necessidade de políticas sociais integradas, para além do enfoque específico do tratamento da dependência química (Babor, 2010). Ou seja, no manejo integral do abuso de crack, a oferta de serviços de saúde não é suficiente, sendo a oferta de ações sociais absolutamente estratégica, desde o serviço mais simples de acolhimento e oferta de alimentação e higiene pessoal, até os programas que buscam efetivamente emancipar e oferecer condições para uma vida digna numa dimensão mais ampla.

3. Articulação das políticas e programas de cuidados e tratamento

Considerados o perfil dos abusadores de crack e a necessidade dos serviços com acentuado viés social e de saúde, busca-se agora, por meio do quadro a seguir, realizar um exercício, não exaustivo, que relacione objetivos específicos

a ações em curso do programa federal “Crack, é Possível Vencer”, além de outras políticas de governo. Ademais, pretende-se também apontar caminhos para a criação, aprofundamento e articulação das políticas públicas.

Quadro 1: Políticas Integradas para o Cuidado dos Dependentes de Crack*

Objetivos prioritários para uma política de cuidado aos dependentes de crack	Ações já existentes	Possíveis ações a serem desenvolvidas
Impedir que os adolescentes vulneráveis que abusam de crack tornem-se adultos marginalizados.		
Prevenir o uso de drogas nas escolas, principalmente em regiões mais vulneráveis;	Curso sobre prevenção do uso de drogas para professores; Adaptação e testagem de ferramentas de promoção de saúde e fatores de proteção contra o abuso de drogas nas escolas; Apoio a projetos de prevenção do abuso de drogas e da violência contra os jovens através de projetos culturais e esportivos;	Aprofundar a formação de professores para ações nas escolas e integrar com ações da assistência social e saúde com famílias (Programa Saúde na Escola);
Apoio às famílias vulneráveis socialmente (renda, apoio psicossocial);	Bolsa Família; CRAS/CREAS;	Formação de trabalhadores do SUAS e SUS para fomentar o convívio nas famílias;
Aumentar a permanência dos adolescentes vulneráveis na escola;	Programa Mais Educação que oferece educação integral nas escolas públicas; Valorização dos professores com formação e piso salarial nacional; Condicionalidades do bolsa família à frequência escolar das crianças e adolescentes;	Expandir ações de qualificação da educação, principalmente nas regiões mais vulneráveis;
Integrar ações do SINASE com educação e tratamento psicossocial.	Implantação de equipes de apoio psicossocial ao SINASE.	Expandir equipes; Garantir educação para integrantes do SINASE.
Integrar socialmente os adultos marginalizados que abusam de crack		
Levar serviços até os usuários e garantir a continuidade do cuidado;	Expansão dos serviços do eixo "cuidado" do Programa Crack, É Possível Vencer: Consultórios na Rua, equipes de abordagem social na rua, centros pop, CAPS AD 24 horas, leitos em hospitais gerais, unidades de acolhimento e comunidades terapêuticas; Implantação de serviços de "baixa exigência" nas proximidades de casas de uso, que vinculam usuários, oferecendo cuidados básicos de saúde e assistência sem exigir adesão imediata ao tratamento;	Expandir as redes do SUS e SUAS com serviços de baixa exigência e integrar suas ações; Reforçar ações de redução de riscos e de danos;
Integrar saúde com moradia, formação profissional, inserção para o trabalho e cidadania;	Comitês gestores intersetoriais do Programa Crack, É Possível Vencer; Apoio federal à formação de redes intersetoriais de base territorial em municípios prioritários; Programa "De Braços Abertos" do município de São Paulo, que integra oferta de moradia, alimentação, higiene, trabalho, formação, tratamento integral de saúde e ampliação de suporte social;	Criar, apoiar e customizar iniciativas que integrem políticas sociais existentes como: Pronatec, cooperativismo social, economia solidária e aluguel social; Integrar ações com Plano Juventude Viva;
Minimizar entrada dos usuários no sistema prisional e apoiar a saída dos que entraram;	Cursos para operadores do direito; Estimular, quando juridicamente cabível, a aplicação das alternativas penais;	Expandir estratégias de sensibilização; Desenvolver políticas de reinserção social, com capacitação e programas de incentivo ao emprego a egressos do sistema prisional;
Ofertar apoio específico às abusadoras de crack vítimas de violência sexual e às mães.	Notificação de casos de violência; Acolhimento prioritário para mães com crianças.	Integrar com política de mulheres, oferta de formação para lidar com violência sexual.
Reduzir danos à saúde dos adultos socialmente integrados.		
Detectar precocemente e tratar de DSTs e hepatites virais, entre outros;	Implantação de teste rápido nas unidades básicas de saúde (UBS); Redução de danos nos Consultórios na rua;	Garantir ações de redução de danos e protocolos de atendimento; articulação com rede DST/AIDS;
Garantir a facilidade do acesso continuado aos cuidados;	Expansão da Rede de atenção psicossocial (RAPS);	Estender período de atendimento na RAPS e UBSs; parceria com grupos de ajuda mútua; fortalecimento de organizações de usuários;
Enfrentar o preconceito e estigma contra os usuários de drogas;	Oferta de cursos de formação para trabalhadores da saúde, assistência, operadores do direito, professores, lideranças comunitárias; Campanhas publicitárias.	Diminuir o preconceito institucional contra os usuários; Formar parcerias com sociedade civil organizada.

*Siglas:

CRAS: Centro de referência de assistência social; CREAS: Centro de referência especializado de assistência social; CAPS AD 24h: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas com acolhimento 24 horas; DST/AIDS: Doenças sexualmente transmissíveis/Síndrome da imunodeficiência adquirida; PRONATEC: Programa nacional de acesso ao ensino técnico e emprego; RAPS: Rede de atenção psicossocial; SUS: Sistema único de saúde; SUAS: Sistema único de assistência social; SINASE: Sistema nacional de atendimento sócio-educativo; UBS: Unidade básica de saúde.

4. Uma experiência de integração de políticas sociais para usuários de drogas: Estratégias de Produção de Contratualidade no programa “De Braços Abertos”, da cidade de São Paulo

As ações da Prefeitura de São Paulo no primeiro semestre de 2014, junto à população que se concentrava na maior cena de uso de crack do Brasil, surpreenderam a opinião pública pela forma pacífica e cooperativa com que se desmontaram os barracos improvisados que ocupavam calçadas de ruas no centro da cidade. Os próprios moradores, com apoio de funcionários do município, desmontaram os barracos e se mudaram para quatro hotéis da região, arrendados pela prefeitura como alternativa à vida nas ruas. Além de moradia assegurada e alimentação em restaurante popular do bairro, foram criadas frentes de trabalho, com pagamento semanal, em troca de algumas horas de trabalho diário, sem que fosse exigido o abandono imediato das drogas, mas garantindo o acesso a tratamento de saúde integral e para a dependência química, quando desejado. Essas ações são princípios da política de redução de danos e riscos e também de iniciativas para populações marginalizadas que vem gerando crescente interesse, como é o caso do “*Housing First*”, implementado em cidades da América do Norte (Collins et al., 2012). A experiência de São Paulo vem sendo identificada com alguns dos mais avançados programas existentes no mundo com essa orientação conceitual e atuação (Evans, 2014).

Praticamente todos os moradores dos barracos aderiram a esta iniciativa, e os barracos foram totalmente desmontados, e a rua pode novamente receber a circulação regular de carros e pedestres.

Este conjunto de ações abriu uma janela para que muitas das histórias das pessoas que participam do projeto fossem conhecidas pelo grande público, através da ampla divulgação na grande imprensa escrita e televisiva. Ainda que não lhes fosse exigido o abandono imediato das drogas, muitos relataram estar abstinentes há vários dias, ou que haviam reduzido seu consumo diário. Após receberem o primeiro pagamento, depois de dias de trabalho, não houve uma corrida às bocas de venda de drogas, mas sim aos mercados, lojas de roupas e outros estabelecimentos de consumo de itens básicos.

Que lições podem ser extraídas desta ação?

- i. **A importância da constituição de um sujeito coletivo** – a Prefeitura inicialmente dialogou com vários indivíduos que ali moravam ou passavam o dia e, integrando diversas fontes de informação, pode traçar um perfil daquelas pessoas e de suas necessidades e reivindicações. Passou, então, a fazer reuniões com coletivos, grupos de usuários, dialogando não mais com indivíduos isolados, mas tomando como interlocutor um sujeito coletivo, com o pressuposto de que teriam condições de cumprir os pactos para levar adiante o projeto. A instituição desse sujeito coletivo, de grupos de pessoas que se aproximam a partir de realidades partilhadas, é importante para estimular indivíduos, especialmente aqueles marginalizados, para uma das dimensões fundamentais da cidadania, qual seja, a política.

A comprovação empírica da especificidade da dimensão social de atitudes, comportamentos e práticas e da sua mobilização enquanto dimensão constituinte do agir perpassa as ciências sociais desde o seu nascimento, com os conceitos clássicos de Émile Durkheim, até análises da dimensão propriamente pública da ação coletiva, da vida comunitária e do exercício da cidadania nas sociedades contemporâneas (Putnam, 2001).

- ii. **O necessário reconhecimento da extrema desvantagem daquele coletivo para participar de um pacto social** – os indivíduos inseridos naquele contexto apresentavam uma série de vulnerabilidades crônicas ligadas à baixa escolaridade e inserção no mundo do trabalho, à condição de ex-presidiários de muitos, à marginalização pela pobreza e preconceitos de classe e raça. De modo sintético, pessoas de baixíssimo poder contratual, isto é, pessoas cuja participação no “pacto social” encontra barreiras quase intransponíveis que perpetuam a situação de exclusão e marginalidade.
- iii. **A fundamental garantia de um “Pacote de Direitos” básicos** – seguridade do cidadão fundada em moradia, trabalho e renda, ofertados com um mínimo de exigências e condições. A moeda de troca básica foi a palavra e a vontade manifesta,

e os pressupostos seguiram o conceito de oferta de oportunidades e serviços com baixo limiar de exigência (o que corresponde, na literatura anglo-saxônica, ao conceito de “*low-threshold*”).

- iv. **Inclusão na economia local** - O primeiro pagamento dos homens e mulheres que participaram das frentes de trabalho injetou na região por volta de R\$ 36 mil por semana, que movimentaram o comércio local. Ou seja, pessoas que estavam à margem da dinâmica de trocas sociais, passaram a fazer parte das circulações de mercadorias, mensagens e afetos da comunidade local.
- v. **A combinação de baixa exigência e alta disposição para estabelecer uma relação contratual** por parte da Prefeitura parece ser a essência do “De Braços Abertos”. Ou seja, uma efetiva disposição para produzir o lugar de sujeito-cidadão individual e coletivo para participar da sociedade.
- vi. **A suspensão do foco sobre a problemática das drogas**, deslocado para a promoção de sujeitos contratuais, paradoxalmente, criou condições que reduziram ou até interromperam o consumo de drogas para muitos dos participantes.
- vii. **Os efeitos da contratualidade** – A relação contratual serviu como um dispositivo que reintroduziu as pessoas na vivência temporal da duração. A satisfação exclusiva das necessidades prementes em detrimento da dimensão de médio e longo prazo é muito custosa e fugaz, não estruturante (Souza, 2009). A chamada “fissura” é o ponto culminante desta condição, combinando uma premência de raízes biológicas, comportamentais e existenciais. A relação contratual do programa introduziu uma temporalidade cotidiana, tempo de trabalho, tempo de lazer, tempo de descanso. Produziu uma situação de expectativas futuras, pós-pagamento,

e permitiu o exercício do adiamento das satisfações imediatas por satisfações a médio e longo prazo, mais estruturantes.

- viii. **A relação entre a capacidade de poupar e a de projetar** – A garantia de moradia (nos hotéis) permitiu que as pessoas pudessem fazer projeções sobre o uso do dinheiro obtido pelo trabalho, de modo a induzir uma série de planos de compras e consumos, separando e hierarquizando este uso. A possibilidade de uma poupança individual, ainda que simbólica, começa a se fazer presente, o que reforça a ideia de projeção futura e adiamento das satisfações.
- ix. A continuidade do projeto depende da preservação destas características, que permitiram a geração de relações contratuais com pessoas sem poder contratual. A inserção na vida do trabalho precisa apresentar alternativas adequadas que não sejam pautadas pela lógica do mercado de mão de obra de indivíduos com pouco ou nenhum poder de barganha. Demanda, antes, formas de organização produtiva formatadas pelos preceitos da economia solidária e do cooperativismo. A moradia precisa evoluir para programas de aluguel social, que relacionam a parcela do aluguel pago pelos moradores (que será complementada pelo estado) a uma porcentagem da sua renda obtida, e não pelo valor de mercado do imóvel, de modo a gerar estabilidade e segurança aos locadores.
- x. As abordagens de tratamento psicossocial nos CAPS e conjunto da Rede de Atenção Psicossocial precisam se ajustar à ideia de baixa exigência para viabilizar contratualidade e maior continuidade.
- xi. As capacitações também precisam levar em conta a inadaptação das pessoas aos métodos pedagógicos tradicionais. É necessário um processo que promova uma preparação do corpo e da mente que permita acompanhar novos ritmos para a vida social.

5. Considerações Finais

O rompimento do ciclo vicioso exclusão-dependência-exclusão exige a implementação de políticas abrangentes, intersetoriais e com integração entre diferentes unidades da federação, instâncias de governo e sociedade civil. Esse tem sido o desafio colocado aos gestores e trabalhadores dos serviços públicos de municípios, esta-

dos e do governo federal. Experiências como a do município de São Paulo mostram que, para além dessa integração de políticas, é necessário e possível aprofundar uma perspectiva que reconheça e supra direitos universais sem impor condicionalidades. Privilegiar a formação de coletivos de organização dos dependentes que fomentem

a capacidade de estabelecer contratos de convivência. Olhar e avaliar na perspectiva dessas pessoas as ofertas de políticas sustentáveis de geração de renda e moradia.

Dessa forma será possível seguir avançando na redução das desigualdades sociais no Brasil ao mesmo

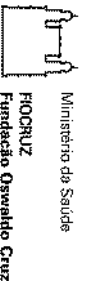
tempo em que se reduzem os problemas causados pelo crack e outras drogas.

É preciso reconhecer que o uso abusivo de crack é, antes de mais nada, um grave problema social que precisa ser enfrentado com políticas sociais integradas.

Referências

- Babor TF, Caulkins JP, Edwards G, Fischer B, Foxcroft DR, Humphreys K, Obot IS, Rehm J, Reuter P, Room R, Rossow I. *Drug Policy and the Public Good*. Oxford, 2010. Oxford University Press.
- Boiteux L. Tráfico e constitución: un estudio juridico-social sobre el artículo 33 de la Ley de Drogas brasileña y su aplicación por jueces de Rio de Janeiro e Brasília. In Touzé, G & Goltzman, P (editoras): *América Latina debate sobre drogas: I e II Conferências Latinoamericanas sobre política de drogas*, 2010, pp. 239-247.
- Bourgeois P. *In Search of Respect: Selling crack in el Barrio*. New York, 1996. Cambridge University Press.
- Collins SE, Malone DK, Clifasefi SL, Ginzler JA, Garner MD, Burlingham B, Lonczak HS, Dana EA, Kirouac M, Tanzer K, Hobson WG, Marlatt GA, Larimer ME. Project-based Housing First for chronically homeless individuals with alcohol problems: within-subjects analyses of 2-year alcohol trajectories. *Am J Public Health* 2012; 102(3):511-9.
- Dias A, Vieira D, Gomes L, Araújo M, Laranjeira R. Longitudinal Outcomes Among a Cohort of Crack Users After 12 Years from Treatment Discharge. *Journal of Addictive Diseases* 2011; 30(3): 271-280.
- Evans L. Opção humanitária, 2014. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/02/1412570-liz-evans-opcao-humanitaria.shtml>>
- Fraga E. Triplica parcela de jovens internados por tráfico. Folha de São Paulo 2013. Publicado em 11/08/2013. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/08/1324683-triplica-parcela-de-jovens-internados-por-trafico.shtml>>
- Noto A, Galduróz J, Nappo A, Fonseca A, Carlini C, Moura Y, e colaboradores. Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003. São Paulo, 2003. Secretaria Nacional Antidrogas/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- Oliveira L & Nappo S. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública* 2008; 42(4):664-671.
- Parker MA, Anthony JC. Should anyone be riding to glory on the now-descending limb of the crack-cocaine epidemic curve in the United States? *Drug Alcohol Depend*. 2014; 138:225-8.
- Putnam RD. *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. New York, 2000. Simon & Schuster Paperbacks.
- Rainerman C & Levine H eds. *Crack in America: Demon drugs and social justice*. Berkeley, 1997. University of California press.
- Souza J. *A Ralé Brasileira: Quem é e como vive*. Belo Horizonte, 2009. Editora UFMG.

Anexos



Pesquisa Nacional sobre o Perfil dos Usuários de Crack
FOLHA DE COLETA

Estrato geográfico: EG Grupo: GGG Município: UFMIMMD - [NOME completo entra aqui] Estrato frequência: EF Código da cena: CCC Nº da FC: CCCDT

Local da cena: _____

Endereço da cena: _____

Referência da cena: _____

Dia da semana: 2 – Segunda-feira Turno de visita : T - de hh:mm a hh:mm Horário de início do recrutamento: hh:mm Nº de pessoas a recrutar: N

Nome do recrutador: _____ Data: ____/____/201____ Horário de início do recrutamento: ____:____h Horário de término do recrutamento: ____:____h

No da linha	Sexo 1 - Homem 2 - Mulher	Já foi convidado e participou da pesquisa? 1-Sim 0-Não	Tem 18 anos ou mais? 1-Sim 0-Não	Você usou crack/sintomas pelo menos 25 dias nos últimos 6 meses? 1-Sim 0-Não	Resultado do recrutamento Ver abaixo	Sequencial de recrutamento Em branco se resultado ≠ 1	Transportado? 1-Sim, no dia 2 - Sim, depois 0-Não	No Convite	Se recrutado, faça as perguntas abaixo				
									Para qual time de futebol você torce?	Quantas tatuagens você tem?	Qual o nome/apelido do seu melhor amigo?	Qual o primeiro nome da sua mãe - como você a chama(va)?	
01													
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

Resultado do recrutamento: para elegíveis: 1 - Recrutamento realizado para não-elegíveis: 7 - Menor de 18 anos

3 - Recusou a pesquisa

5 - Sem condições de ser abordado

8 - Já participou

9 - Não é usuário (menos de 25 dias nos últimos seis meses)

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

Anexo 1.2. Caderno de Campo

CADERNO DE CAMPO - PESQUISA CRACK

Município/Estado: _____

Localidade/cena (de acordo com a listagem das cenas): _____

Código da cena (de acordo com a listagem das cenas): _____

Data da visita: _____ Número da visita ao local: _____

Horário da observação (hora início e fim): _____ Duração da visita: _____

Horário da transcrição (dia e hora que preencheu as informações deste caderno): _____

Responsável pelas informações abaixo: _____

Assinatura: _____

1. Descreva o que você está vendo na localidade:

(Descreva as características pertinentes ao local em que a cena se encontra e seu entorno. Informações sobre o espaço físico e geográfico, movimentação de pessoas no local, comércio, policiamento, condições de limpeza, etc)

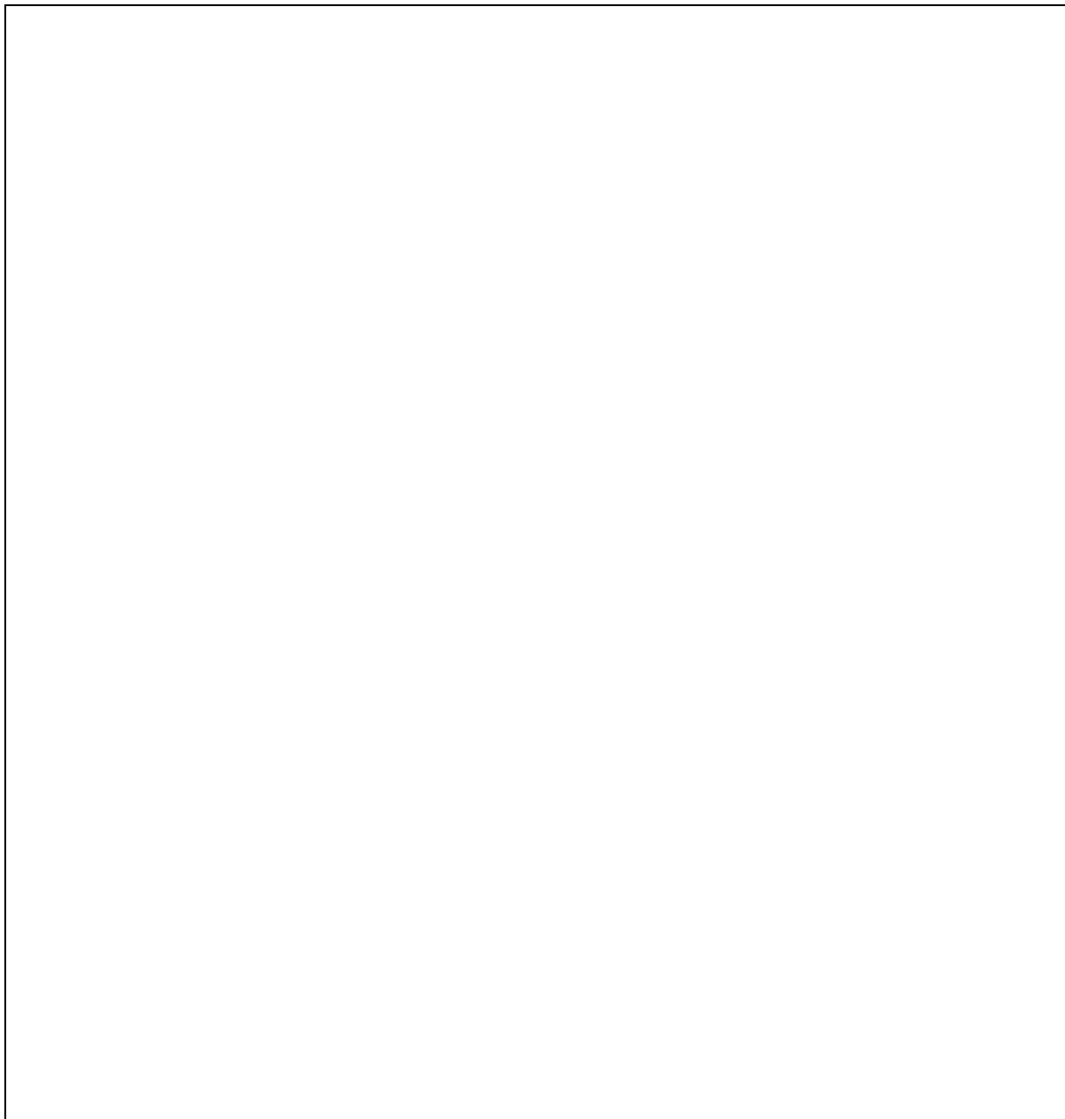
IMPORTANTE!!!

Vamos fazer o mapeamento de usuários de “crack e similares”, ou seja, usuários de derivados da cocaína usados de forma fumada em cachimbos, latas e copos (da mesma forma que o crack). Vamos considerar como “crack e similares” a pasta base, merla e oxi, além do crack em si, desde que consumidos da forma acima listada.

Usuários que utilizam essas drogas apenas de outras formas (por exemplo, fumados em cigarros de tabaco ou maconha) **NÃO SERÃO CONTADOS** como usuários de “crack e similares”. Porém, deverão ser contabilizados nos itens 6 e 6.1 e descritos no item 11.

2. Descreva as cenas de uso de “crack e similares”:

*(Descreva as características pertinentes a **cena de uso** de drogas. Configuração da cena e pessoas usuárias tanto de “crack e similares” quanto de outras drogas. Quantidade de usuários. Relato sobre presença de crianças e grávidas usuárias. Quais são as outras drogas visivelmente usadas. Quais os aparatos utilizados para o uso do “crack e similares”, se são compartilhados entre pessoas. Se existe venda de drogas no local, etc)*



3. Aponte, aproximadamente, quantos usuários de “crack e similares” você visualiza no local.

Observador: Por “crack e similares” entenda-se: *crack, pasta base, merla ou oxi, fumados em cachimbos, latas ou copos.*

4. Essa cena de uso é acessível?

(A acessibilidade aqui diz respeito a sua entrada na cena de uso de drogas para observação. Ou seja, a cena pode ser acessível em um dia/período, mas em outro não devido, por exemplo, a confrontos policiais, etc)

Sim () Não () Justifique: _____

5. Anote no quadro abaixo o quantitativo dos usuários de “crack e similares”.

Observador: Por “crack e similares” entenda-se: *crack, pasta base, merla ou oxi, fumados em cachimbos, latas ou copos.*

5.1.	Número de usuários de "crack e similares" que parecem ser menores de idade (menores de 18 anos):	_____
5.2.	Número de crianças (menores de 12 anos) usuárias de "crack e similares":	_____
5.3.	Número de adolescentes (de 12 a 17 anos) usuários de "crack e similares":	_____
5.4.	Número de mulheres (com 18 anos ou mais) usuárias de "crack e similares":	_____
5.5.	Número de homens (com 18 anos ou mais) usuários de "crack e similares":	_____
5.6.	Número de travestis (HOMENS travestidos de mulher, com 18 anos ou mais) usuários de "crack e similares":	_____

6. Quantos são usuários apenas de outras drogas, que não “crack e similares”? _____

(Anotar aqui a quantidade de pessoas que são usuárias exclusivamente de OUTRAS DROGAS.

Mas INCLUA nesta contagem o número de pessoas usuárias de crack, pasta base, merla ou oxi de outras formas que não as descritas acima, como por exemplo, pessoas que fumam estas drogas em cigarros de tabaco ou maconha).

NÃO INCLUA aqui usuários de crack, pasta base, merla ou oxi fumados em cachimbos, latas ou copos.

6.1. Assinale quais são as outras drogas visivelmente usadas:

(Marque abaixo quais são as outras drogas, lícitas ou ilícitas, usadas também na cena de uso. Caso não seja uma das drogas listadas abaixo, descreva no espaço em branco. Anote também misturas de drogas, por exemplo, “crack+maconha em cigarro”)

Álcool () Tabaco () Maconha () Cocaína inalada () Cocaína injetada ()

Outras () _____

7. Descreva seus contatos com as pessoas para desenvolvimento desse mapeamento:

(Pessoas com quem você fez contato para poder ter acesso a cena de uso neste dia. Por exemplo, um morador da rua, um comerciante conhecido, associação de moradores, redutores de danos, etc)

8. Descreva as facilidades e as dificuldades apresentadas para desenvolvimento da pesquisa no local:

9. Aponte alternativas para dificuldades encontradas no local da pesquisa, listadas acima:




10. Descreva as estruturas existentes próximas à localidade que podem facilitar a etapa seguinte da pesquisa (Posto de Saúde, ONG):

11. Outras observações importantes:

(Anote aqui todas as outras informações que não foram contempladas acima que você julgue importante para o conhecimento da Coordenação Central do projeto.

Também, utilize esse espaço para anotar outros assuntos pertinentes à temática do uso de "crack e similares", de interesse do seu grupo de pesquisa, acordados entre o supervisor e equipe.

Anexo 1.3. Convite

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

Anexo 1.4. TCLE



Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

Comitê de Ética em Pesquisa Humana

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Participantes de entrevistas

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

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS NACIONAIS:

Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS LOCAIS:

XXXX

INTRODUÇÃO

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

1. JUSTIFICATIVA E OBJETIVO DO ESTUDO

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

2. PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

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

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

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

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



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

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

3. DESCONFORTOS E RISCOS POSSÍVEIS

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

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

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

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

4. BENEFÍCIOS ESPERADOS

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

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



5. GARANTIA DE SIGILO

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

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

6. GARANTIA DE ESCLARECIMENTO

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

7. COMPENSAÇÃO

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

8. SUA PARTICIPAÇÃO E SAÍDA DO ESTUDO

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

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

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

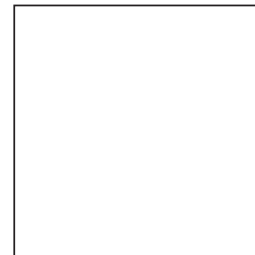


Você gostaria de perguntar alguma coisa a mais? Você gostaria de participar?

VERIFICAÇÃO DO CONSENTIMENTO

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

Data: _____/_____/_____



Assinatura do participante

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

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

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

(Assinatura de pessoa que obteve o consentimento informado)

_____/_____/_____
Data

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

CARTÃO DE CONTATO PARA O PARTICIPANTE

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

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

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

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:	<input type="text"/>	NºFC:	<input type="text"/>	Nº da linha:	<input type="text"/>
Data da Entrevista:	<input type="text"/>				
Assinatura _____					

Q1- Qual seu sexo?

Masculino Feminino

Q2- Qual sua idade?

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

- Crack
 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



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	<input type="text"/> <input type="text"/>	<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	<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				
3) Maconha/haxixe	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
4) Anfetaminas/remédios para emagrecer/metanfetaminas/ritalina	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	X	<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra				
5) Ecstasy/MDMA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
6) Cocaína	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
7) Crack	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
8) Merla	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra
9) Pasta base	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Nasal (cheirada) <input type="checkbox"/> Fumada <input type="checkbox"/> Injetada	R\$ <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/> Traficante <input type="checkbox"/> Companheiro <input type="checkbox"/> Amigo(a) <input type="checkbox"/> Roubo <input type="checkbox"/> Comércio <input type="checkbox"/> Outra



ID Questionário: . .

QB9. Na sua história com crack e similares, você:

- Nunca parou de usar (por mais de 1 mês)
 - Sempre usou (ou seja, nunca parou por mais de 1 mês), mas houve mudanças na quantidade que usou (uns tempos mais, uns tempos menos, uns tempos sem usar)
 - Já ficou mais de 1 mês sem usar
- > Ir para a QB13

QB9.1. Qual a duração máxima, em dias, que ficou sem usar?

QB9.2. Quantas vezes na vida ficou mais de uma semana sem usar?

QB10. Se ficou mais de 1 mês sem usar, o que causou a interrupção? (Pode marcar mais de uma opção)

- Recuperar a saúde
- Para tratar alguma doença que apareceu e não tinha antes
- Evitar perseguição da polícia
- Religião (crença e/ou amparo religioso de qualquer forma)
- Evitar problemas relacionados ao ambiente de uso
- Dívidas
- Chegar à conclusão de que não compensa
- Conseguir emprego/coisa para fazer que ajuda a sobreviver
- Tratamento para dependência química
- Outro motivo. Qual?
- Não sabe
- Recusou

QB11. Enquanto não estava usando crack e similares, continuou usando alguma outra droga?

- Não
- Sim, já usava e continuou
- Sim, só usou para substituir o crack e similares

Qual(is)?

Especificar apenas as drogas usadas para substituição do crack e/ou similares

QB12. Se ficou algum tempo sem usar, o que acha que o fez voltar ao uso? (Resposta espontânea. Pode marcar mais de uma opção)

- Preço barato
- Conseguiu a droga/ "pintou"
- Sentiu vontade de ter efeito da droga
- Sentiu dificuldade de ficar sem usar a droga
- Perdas afetivas
- Problemas familiares (perdas ou brigas na família)
- Perda do emprego/fontes de renda
- Vida ruim, sem perspectivas
- Outro motivo. Qual?
- Não sabe
- Recusou

ID Questionário:

Grid for ID number: [][] . [][] . [][][][]

QB13. De que forma você usou crack e/ou similares nos últimos 30 dias? (Leia cada uma das opções abaixo)

- a) Em cigarro, misturado com tabaco?
b) Com maconha (em baseado/pitilho/desirré/zirré)?
c) Em lata (de refrigerante ou cerveja)?
d) Em copo de plástico?
e) Em cachimbo?
f) Outra forma:

Grid for 'Outra forma' response

SEÇÃO C - MOBILIDADE

Leia: Agora vamos conversar um pouco sobre os locais onde você comprou e usou "crack e similares" nos últimos 6 meses. Essas perguntas são importantes para ajudarmos nos problemas do uso de drogas. Mais uma vez gostaria de lembrar que suas respostas serão mantidas em segredo.

QC1. Nesta cidade, você poderia listar as favelas/comunidades ou bairros onde você USOU crack e/ou similares nos últimos 6 meses? Se forem mais de 5, liste os cinco que você mais visitou.

Grid for listing neighborhoods/favelas (rows 1-5)

QC2. Você poderia listar as CIDADES onde você USOU crack e/ou similares nos últimos 6 meses? Se forem mais de 5, liste os cinco que você mais visitou.

Escreva a cidade e a sigla do estado. Ex: NITERÓI - RJ

Grid for listing cities (rows 1-5)

Se não saiu do local de residência para consumo --> Vá para seção D

QC3. Quais foram os motivos que o levaram a sair do local de residência para outro bairro/localidade, para consumir crack e/ou similares?

- Preço da droga
Qualidade/pureza da droga
Medo de ser apontado como usuário no local onde mora
Onde os amigos se reúnem para usar
Proteção do tráfico para usar
Repressão policial no local onde mora
Já estava no bairro/localidade por outra razão

Grid for 'Outro. Qual?' response



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:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□
□	□			
8) Outro:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<table border="1"><tr><td>□</td><td>□</td></tr></table>	□	□
□	□			

33442



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 ?

- Nenhuma das vezes Mostrar cartão C
 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 ?

- Nenhuma das vezes Mostrar cartão C
 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="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="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="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="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou

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

Leia a lista. Marque quantas opções se aplicarem.

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

ID Questionário:

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

Saúde Pulmonar

QF4. Você tem tosse, com ou sem catarro?

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

QF5. Você tem contato com alguém com tuberculose?

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

QF6. Você já teve tuberculose?

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

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

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

Saúde Mental/EmocionalQF8. 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="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	Sentimentos de culpa/punição <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/> <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	Ansiedade, impaciência ou irritabilidade <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/> <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	Dificuldade de dormir <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/> <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
5	Dificuldade de concentração <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/> <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
6	Perda do interesse sexual <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/> <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
7	Baixa auto-estima <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/> <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
8	Pensou em se matar <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	<input type="text"/> <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
9	<input type="text"/>	<input type="text"/> <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="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/> Recusou



ID Questionário:

□□	□□	□□□□
----	----	------

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

Locais para Assistência a pessoas que usam drogas

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

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

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

- Sim
 Não
 Não sabe
 Recusou

ID Questionário:

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

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

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

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



ID Questionário:
 . .

SECÃO 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 I.

I	II
Motivo	Quantas detenções no último ano?
1) <input type="checkbox"/> Uso ou posse de droga	<input type="text"/> <input type="text"/>
2) <input type="checkbox"/> Tráfico / Produção de drogas	<input type="text"/> <input type="text"/>
3) <input type="checkbox"/> Furto, fraude, invasão de domicílio	<input type="text"/> <input type="text"/>
4) <input type="checkbox"/> Assalto, roubo	<input type="text"/> <input type="text"/>
5) <input type="checkbox"/> Prostituição ou cafetinagem (incluindo casa de prostituição)	<input type="text"/> <input type="text"/>
6) <input type="checkbox"/> Violação da condicional/ de ordem de tratamento/ sob fiança	<input type="text"/> <input type="text"/>
7) <input type="checkbox"/> Homicídio	<input type="text"/> <input type="text"/>
8) Outro: <input style="width: 400px;" type="text"/>	<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

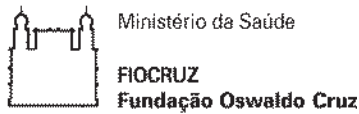
FIM: Agradeça a participação do voluntário

Hora do término:

:

33442

Anexo 1.7. Laudo HIV



RESULTADOS DE EXAMES PARA A DETECÇÃO DE ANTICORPOS PARA HIV-1 E HIV-2 POR TESTES RÁPIDOS

Data de realização do teste: ___/___/___

Nome do voluntário: _____

Solicitante: *Pesquisa FIOCRUZ*

Amostra: Sangue total

Teste 1: Rapid Check HIV 1&2 [NDI] : Lote: _____

Método: Imunoensaio rápido baseado no princípio de imunocromatografia de sanduíche para detecção qualitativa de anticorpos para HIV-1 e HIV-2, com antígenos recombinantes de HIV-1/2 e peptídeo sintético

Teste 2 (se realizado): Bio-Manguinhos - HIV-1/2 : Lote: _____

Método: Imunoensaio rápido baseado no princípio de imunocromatografia de sanduíche para detecção qualitativa de anticorpos para HIV-1 e HIV-2, com antígenos recombinantes de HIV-1/2 e peptídeo sintético

Resultados:

Teste 1: amostra _____ para a presença de anticorpos para HIV-1&2
(reagente, não reagente ou inválida)

Teste 2 (se realizado): amostra _____ para a presença de anticorpos para HIV-1&2
(reagente, não reagente ou inválida)

Resultado final:

Amostra _____ para a presença de anticorpos para HIV-1&2
(reagente, não reagente ou indeterminada)

Observações: _____

Critérios para interpretação de cada teste:

- Será considerada amostra reagente se duas barras de cor rosa ou vermelha aparecerem tanto na janela de controle (rotulada controle) como na janela do paciente (rotulada paciente ou teste) da tira ou dispositivo. Qualquer cor rosa/vermelha visível na janela do paciente (teste) deve ser interpretada como positiva;
- Será considerada amostra não reagente se apenas uma barra rosa/vermelha aparecer na janela de controle da tira ou dispositivo (rotulada controle), e nenhuma barra rosa/vermelha aparecer na janela do paciente (rotulada paciente ou teste) da tira ou dispositivo;
- Será considerada amostra inválida se não aparecer uma barra rosa/vermelha na janela de controle da tira ou dispositivo, mesmo que apareça uma barra rosa/vermelha na janela do paciente (teste).

Algoritmo para diagnóstico de infecção pelo HIV utilizando testes rápidos (Portaria SVS/MS Nº 151, 14 de outubro de 2009)

- A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: "Amostra Não Reagente para HIV".
- A amostra que apresentar resultado reagente no T1, deverá ser submetida ao T2 imediatamente. A amostra com resultados reagentes no TR1 e no TR2 terá seu resultado definido como: "Amostra Reagente para HIV".
- A amostra com resultados discordantes entre TR1 e TR2 não terá seu resultado definido. Nesse caso, o laudo não será liberado. Uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e submetida ao Fluxo estabelecido nesta Portaria.
- Caso o resultado do TR1 ou do TR2 seja inválido, deve-se repetir o teste com o mesmo conjunto diagnóstico, se possível com um lote distinto do que foi utilizado inicialmente. Persistindo o resultado inválido, uma amostra deverá ser coletada por punção venosa e submetida ao Fluxo estabelecido nesta Portaria.

Em caso de suspeita de infecção pelo HIV, uma nova amostra deverá ser coletada 30 dias após a data da coleta desta amostra.

Assinatura e carimbo do Responsável

Anexo 1.8. Laudo HCV



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

RESULTADO DE EXAME PARA A DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HCV POR TESTE RÁPIDO

Data de realização do teste: ___/___/___

Nome do voluntário: _____

Solicitante: *Pesquisa FIOCRUZ*

Amostra: sangue total

Teste: Imuno-Rápido HCV [Wama]: Lote: _____

Método: Imunocromatografia com antígenos sintéticos e recombinantes imobilizados na membrana para identificação seletiva de anti-HCV em amostras de sangue total.

Resultado:

Amostra _____ para a presença de anticorpos anti-HCV.
(reagente, não reagente ou inválida)

Observações: _____

Critérios para interpretação do teste:

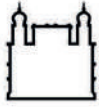
- Será considerada amostra positiva se duas barras de cor rosa ou vermelha aparecerem tanto na área de teste (T) como na área de controle (C) do dispositivo.
- Será considerada amostra negativa se apenas uma barra rosa/vermelha aparecer na área de controle (C) do dispositivo e nenhuma barra rosa/vermelha aparecer na área de teste (T) do dispositivo.
- Será considerada amostra inválida se não aparecer uma barra rosa/vermelha na área de controle (C) do dispositivo ou se não aparecer nenhuma barra de cor evidente nas duas áreas de controle (C) e teste (T).

Limitações do uso:

O Imuno-Rápido HCV é um teste de triagem para caracterizar a presença de anticorpos anti-HCV, portanto, um resultado repetidamente positivo com este teste é uma presumível evidência da presença de anticorpos na amostra. Resultados positivos deverão sempre ser confirmados por RIBA (Recombinant Immunoblot Assay) ou outro teste confirmatório.

Assinatura e carimbo do Responsável

Anexo 1.9. Encaminhamento



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Projeto de Pesquisa

FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO

Data (dd/mm/aaaa): ____/____/____

Para: _____

Horários de atendimento: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Encaminhamos o Sr(a): _____

voluntário participante de projeto de pesquisa da FIOCRUZ, no município de _____ para procedimentos abaixo descritos.

Encaminhamos para:

- Repetir sorologia para HIV-1/2 daqui a ____ dias.
- Realizar testagem para Hepatite C
- Outro procedimento/consulta: _____

Exames realizados no âmbito da pesquisa:

- Testagem rápida para HIV:**
 Teste 1: Rapid Check HIV 1&2 [NDI]:..... _____
 Teste 2 (se realizado):
 Bio-Manguinhos - HIV-1/2 [Bio-Manguinhos]: _____
- Testagem rápida para Hepatite C:**
 Teste: Imuno-Rápido HCV [Wama]: _____

Solicitamos avaliação clínica e conduta.

Atenciosamente,

 Responsável

Anexo 1.10. Cartão retirada de laudo



Brasil na Onda da Saúde

Apresente este cartão no serviço de saúde onde você participou da pesquisa para retirada dos resultados dos seguintes exames:

HIV: Laudo a retirar? () Sim () Não
Hepatite C: Laudo a retirar? () Sim () Não
Tuberculose: Laudo a retirar? () Sim () Não

Não esqueça de levar um documento oficial de identificação para retirar os laudos!

Número do Convite: _____

Data de participação: _____

 Ministério da Saúde
PROCEL
Fundação Oswaldo Cruz

Anexo 2.1. Ficha de Controle de Campo

QUESTIONÁRIO REDE SOCIAL BRASIL 2012
FICHA DE CONTROLE DE CAMPO

FIOCRUZ

MUNICIPIO _____ DISTRITO _____ CÓDIGO DO SETOR CENSITÁRIO <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> SUPERVISOR <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	Códigos de Resultado 1- Entrevista completa 2- Entrevista incompleta 3- Entrevista não realizada porque o domicílio recusou 4- Entrevista não realizada porque o morador selecionado recusou 5- Entrevista não realizada porque o morador selecionado não foi localizado 6- Entrevista não realizada porque o morador selecionado não é apto a responder o questionário 7- Domicílio fechado 8- Domicílio vago 9- Domicílio não acessível 10- Outro motivo
---	---

	ID DO ENDEREÇO	ENDEREÇO	Nº	COMP.	ENTREVISTADOR	LATITUDE (S)	LONGITUDE (W)	RES.	OBS.
1	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
2	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
3	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
4	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
5	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
6	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
7	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	

	ID DO ENDEREÇO	ENDEREÇO	Nº	COMP.	ENTREVISTADOR	LATITUDE (S)	LONGITUDE (W)	RES.	OBS.
8	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
9	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
10	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
11	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
12	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
13	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
14	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
15	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
16	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	
17	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>				ID <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> NOME:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> o <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> ' <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> . <input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/> "	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	

Anexo 2.2. Questionário do Domicílio

QUESTIONÁRIO REDE SOCIAL BRASIL 2012 QUESTIONÁRIO DO DOMICÍLIO

FIOCRUZ

MUNICÍPIO _____

DISTRITO _____

CÓDIGO DO SETOR CENSITÁRIO

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

ID DO ENDEREÇO

--	--

N° DO QUESTIONÁRIO

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

SUPERVISOR

ID:

--	--

NOME: _____

VISITAS ENTREVISTADOR

	1	2	3	VISITA FINAL																																						
DATA	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DIA</td><td>MÊS</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-				DIA	MÊS					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DIA</td><td>MÊS</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-				DIA	MÊS					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>DIA</td><td>MÊS</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-				DIA	MÊS							
		-																																								
DIA	MÊS																																									
		-																																								
DIA	MÊS																																									
		-																																								
DIA	MÊS																																									
HORA DE INÍCIO	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HH</td><td>MM</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-				HH	MM					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HH</td><td>MM</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-				HH	MM					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HH</td><td>MM</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-				HH	MM							
		-																																								
HH	MM																																									
		-																																								
HH	MM																																									
		-																																								
HH	MM																																									
HORA DE FIM	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HH</td><td>MM</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-				HH	MM					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HH</td><td>MM</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-				HH	MM					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HH</td><td>MM</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>			-				HH	MM					DIA <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
		-																																								
HH	MM																																									
		-																																								
HH	MM																																									
		-																																								
HH	MM																																									
ENTREVISTADOR	ID: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NOME: _____					ID: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NOME: _____					ID: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> NOME: _____					MÊS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																										
RESULTADO*	CÓDIGO: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> OBS: _____			CÓDIGO: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> OBS: _____			CÓDIGO: <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> OBS: _____			ANO <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>	2	0	1	2																												
2	0	1	2																																							
PRÓXIMA VISITA: DATE HORA	_____	_____		N° VISITA FINAL <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																																						
				RESULTADO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																																						
				NÚMERO TOTAL DE VISITAS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>																																						
				N° DE PESSOAS NO DOMICÍLIO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																																						
				N° DE MULHERES ELEGÍVEIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																																						
				N° DE HOMENS ELEGÍVEIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																																						
				N° DO MORADOR SELECIONADO <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>																																						
<p>*Códigos de Resultado</p> <p>1- Entrevista completa 2- Entrevista incompleta 3- Entrevista não realizada porque o domicílio recusou 4- Entrevista não realizada porque o morador selecionado recusou 5- Entrevista não realizada porque o morador selecionado não foi localizado 6- Entrevista não realizada porque o morador selecionado não é apto a responder o questionário 7- Domicílio fechado 8- Domicílio vago 9- Domicílio não acessível 10- Outro motivo</p>																																										

LISTAS DE MORADORES

N° DO MORADOR	NOME DO MORADOR	SEXO	IDADE DO MORADOR	DATA DE ANIVERSÁRIO	
				DIA	MÊS
1	2	3	4	5	6
01		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	EM ANOS <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA <input type="text"/> <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/>
02		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
03		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
04		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
05		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
06		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
07		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
08		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
09		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
10		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
11		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
12		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
13		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
14		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
15		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
16		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
17		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
18		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
19		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
20		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
21		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
22		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
23		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
24		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
25		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
26		HOMEM ... 1 MULHER ... 2	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

MORADOR SELECIONADO

N° DO MORADOR

NOME

Anexo 2.3. TCLE Scale-up



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA ENTREVISTA

PESQUISA: Rede de Contatos

Entrevistador: *Este termo de consentimento deve ser apresentado e explicado, de maneira clara, para todo participante no início de cada entrevista. As pessoas que concordarem em participar devem apenas consentir oralmente ao entrevistador.*

OBJETIVOS DA PESQUISA

Esta é uma pesquisa de natureza acadêmica que visa conhecer como as pessoas reconhecem, contam e classificam os indivíduos que fazem parte de seus contatos pessoais no cotidiano.

PROCEDIMENTOS UTILIZADOS

Esta entrevista se constitui na aplicação de um questionário de aproximadamente 60 perguntas, onde participam somente o(a) entrevistador(a) e o(a) entrevistado(a). Não existem respostas certas ou erradas, pois o que importa é a percepção pessoal de cada entrevistado(a) sobre sua rede de contatos pessoais no cotidiano.

A participação é absolutamente voluntária.

O tempo de duração da entrevista é em média de 30 minutos, e o(a) entrevistado(a) tem o direito de responder ou não as questões colocadas pelo(a) entrevistador(a), bem como finalizar a entrevista no momento em que desejar.

CONFIDENCIALIDADE

Será garantido anonimato e sigilo absoluto por parte dos(as) pesquisadores(as). A cada entrevistado(a) será atribuído um número de código quando os questionários forem analisados, assim as respostas permanecerão confidenciais e nomes não serão associados a elas.

DESCONFORTOS E BENEFÍCIOS

Ao participar deste estudo, um desconforto possível é do entrevistado se sentir ansioso ou angustiado por estar respondendo a questões pessoais e sensíveis. Além disso, a duração da entrevista pode ser longa.

O benefício principal desta pesquisa é utilizar as informações coletadas de todos os entrevistados para que sejam pensadas estratégias sociais e de saúde no país.

DÚVIDAS – PESQUISADORES RESPONSÁVEIS

Qualquer dúvida poderá ser tirada no momento da entrevista. Uma cópia do cartão de contato dos pesquisadores da instituição responsável por este estudo deverá ser oferecida para o(a) participante, para caso haja dúvida em que a pessoa demande confirmação sobre a seriedade do estudo e de suas intenções para com o(a) entrevistador(a).

Francisco Inácio P. M. Bastos & Neilane Bertoni

Coordenadores Nacionais do projeto

ICICT - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

Av. Brasil, 4365. Biblioteca de Manguinhos #229

Rio de Janeiro 21040-900 - Brasil

Telefone: 55 21 3865 3231 / 55 21 3865 3292

Fax: 55 21 2290 1696

CONSENTIMENTO

Você declara que está de acordo com os objetivos, riscos e procedimentos deste estudo e concorda em participar de forma voluntária?

Entrevistador: *Se o voluntário concordou em participar da pesquisa, siga para o Questionário Individual, anotando o seu consentimento.*

Anexo 2.4. Questionário Scale-up

QUESTIONÁRIO REDE SOCIAL BRASIL 2012 FIOCRUZ

ESTADO	NÚMERO DO QUESTIONÁRIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Olá,
 esta é uma pesquisa de natureza acadêmica que visa conhecer como as pessoas identificam, contam e classificam os indivíduos que fazem parte da sua rede de contatos cotidianos entre residentes do município de **[NOME DO MUNICÍPIO]**. Não vou perguntar sobre “personalidades” que não tenham contato imediato com o(a) Sr.(a), mas somente aquelas pessoas que o(a) Sr.(a) conhece de vista e pelo nome e que também o(a) conhecem de vista e pelo nome, e com quem o(a) Sr.(a) entrou em contato seja pessoalmente ou por telefone, correspondência ou e-mail, nos últimos 12 meses. Finalmente, é de grande importância que o(a) Sr.(a) faça um esforço para se concentrar e **CONTAR** efetivamente cada pessoa conhecida em sua rede de contatos pessoais.
 Portanto, por favor, responda as questões no seu ritmo e com o máximo de atenção e tranquilidade. O resultado desta entrevista é sigiloso e em nenhum momento será solicitado que o(a) Sr.(a) identifique as pessoas de sua rede social.

001	O entrevistado concordou em participar da pesquisa?	SIM 1
-----	---	-------------

Bloco Sócio-Demográfico

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PULAR								
100	Anote agora o horário de início da entrevista	HORAS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTOS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
101	Em que ano você nasceu?	ANO <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
102	Qual é o seu estado civil?	CASADO(A) 1 DESQUITADO(A) OU SEPARADO(A) JUDICIALMENTE 2 DIVORCIADO(A) 3 VIÚVO(A) 4 SOLTEIRO(A) 5									
103	A sua cor ou raça é?	BRANCA 1 PRETA 2 AMARELA 3 PARDA 4 INDÍGENA 5									

104	Qual foi o curso de nível mais elevado que frequentou?	NÃO FREQUENTOU NENHUM CURSO 1 CRECHE, PRÉ-ESCOLAR (MATERNAL E JARDIM DE INFÂNCIA), CLASSE DE ALFABETIZAÇÃO - CA 2 ALFABETIZAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS 3 ANTIGO PRIMÁRIO (ELEMENTAR) 4 ANTIGO GINÁSIO (MÉDIO 1º CICLO) 5 1ª A 3ª SÉRIE (1º AO 4º ANO) DO ENSINO FUNDAMENTAL (1º GRAU) 6 4ª SÉRIE (5º ANO) DO ENSINO FUNDAMENTAL (1º GRAU) 7 5ª A 8ª SÉRIE (6º AO 9º ANO) DO ENSINO FUNDAMENTAL (1º GRAU) 8 SUPLETIVO DO ENSINO FUNDAMENTAL (1º GRAU) 9 ANTIGO CIENTÍFICO, CLÁSSICO, ETC....(MÉDIO 2º CICLO) 10 REGULAR OU SUPLETIVO DO ENSINO MÉDIO (2º GRAU) 11 SUPERIOR DE GRADUAÇÃO 12 ESPECIALIZAÇÃO DE NÍVEL SUPERIOR (MÍNIMO DE 360 HORAS) 13 MESTRADO 14 DOUTORADO 15	
105	Concluiu este curso?	SIM 1 NÃO 2	

106	Nos últimos sete dias você trabalhou por pelo menos 1 hora ganhando em dinheiro, produtos, mercadorias ou benefícios?	SIM 1 NÃO 2	
107	Você nasceu neste município?	SIM, E SEMPRE MOROU NELE 1 SIM, MAS JÁ MOROU EM OUTRO MUNICÍPIO BRASILEIRO OU EM PAÍS ESTRANGEIRO 2 NÃO 3	→ 201 → 109
108	Onde você nasceu? *		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
109	Há quanto tempo você reside sem interrupção neste município?	Anos <input type="text"/> <input type="text"/> e Meses <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	Onde você vivia logo antes de mudar-se para esta cidade? *		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

* CÓDIGOS PARA Q108 E Q110

EM OUTRA CIDADE DESTA
MESMO ESTADO DO BRASIL 100

EM OUTRO ESTADO DO BRASIL	ACRE 212	ESPIRITO SANTO ... 232	PARAÍBA 225	RONDÔNIA 211
	ALAGOAS 227	GOIÁS 252	PARANÁ 241	RORAIMA 214
	AMAPÁ 216	MARANHÃO 221	PERNAMBUCO ... 226	SANTA CATARINA . 242
	AMAZONAS 213	MATO GROSSO ... 251	PIAUI 222	SÃO PAULO 235
	BAHIA 229	MATO G. DO SUL . 250	RIO DE JANEIRO . 233	SERGIPE 228
	CEARÁ 223	MINAS GERAIS ... 231	R. G. DO NORTE . 224	TOCANTINS 217
	DIST. FEDERAL ... 253	PARÁ 215	R. G. DO SUL 243	

EM OUTRO PAÍS	ALEMANHA ... 321	CHILE 303	GUIANA 306	ITÁLIA ... 326	POLÔNIA ... 328	URUGUAI ... 311
	ARGENTINA ... 301	COLÔMBIA ... 304	G. FRANCESA ... 307	JAPÃO ... 327	PORTUGAL 329	VENEZUELA 312
	ÁUSTRIA 322	EQUADOR ... 305	HOLANDA 324	PARAGUAI 308	SUIÇA ... 330	
	BOLÍVIA 302	EUA 323	INGLATERRA ... 325	PERU 309	SURINAME 310	
	OUTRO PAÍS NA AMÉRICA LATINA 319					
	OUTRO PAÍS NÃO NA LISTA 399					

Página 4

NÃO SABE 888

Bloco Scale-Up

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PULAR			
	<p>Nas perguntas seguintes, você deve responder contando as pessoas conhecidas suas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - residem em [NOME DO MUNICÍPIO] - e você conhece de vista e pelo nome, e que também conhecem você de vista e pelo nome. - e com as quais você teve algum contato nos últimos 12 meses, seja pessoalmente, por telefone, correspondência ou e-mail <p>Das pessoas que você conhece nessas condições:</p> <p>SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000' SE CONHECE 500 OU MAIS, ESCREVA '500' SE NÃO SABE, ESCREVA '888' SE NÃO QUIS RESPONDER, ESCREVA '999'</p>					
201	Quantas <u>mulheres</u> você conhece que residem neste município, têm <u>menos</u> de 20 anos de idade e tiveram bebês nos últimos 12 meses?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
202	Quantas <u>mulheres</u> você conhece que residem neste município, têm 20 anos de idade <u>ou mais</u> e tiveram bebês nos últimos 12 meses?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
203	Quantos <u>homens</u> você conhece que residem neste município e se casaram no civil nos últimos 12 meses?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
204	Quantas <u>mulheres</u> você conhece que residem neste município e se casaram no civil nos últimos 12 meses?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
205	Quantas pessoas você conhece que residem neste município e são estudantes de 5ª a 8ª. Séries (6º ao 9º ano) de escolas particulares?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
206	Quantas pessoas você conhece que residem neste município e são estudantes do ensino médio de escolas públicas?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
207	Quantas pessoas você conhece que residem neste município e são estudantes do ensino médio de escolas particulares?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PULAR
208	Quantas pessoas você conhece que residem neste município e são motoristas de táxi?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	Quantas pessoas você conhece que residem neste município e são motoristas de ônibus?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
210	Quantas pessoas você conhece que residem neste município e são bancários?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
211	Quantas pessoas você conhece com 15 anos ou mais e que não sabem ler ou escrever?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
213	Quantas mulheres você conhece que residem neste município e são mães que recebem auxílio do Programa Bolsa Família?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
214	Quantas <u>meninas</u> você conhece que residem neste município e são menores de 5 anos?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
215	Quanto <u>meninos</u> você conhece que residem neste município e são menores de 5 anos?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
216	Quantas <u>mulheres</u> você conhece que residem neste município e têm mais de 70 anos?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PULAR			
217	Quantos <u>homens</u> você conhece que residem neste município e têm mais de 70 anos?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
219	Quantas pessoas você conhece que residem neste município e são viúvas, isto é, homens ou mulheres cujo último cônjuge faleceu e não se casaram no civil novamente?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
220	Quantas pessoas você conhece que residem neste município e são professores de escolas públicas no ensino médio ou fundamental, isto é, da alfabetização até o 3º ano do ensino médio.	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
221	Quantas pessoas você conhece que residem neste município e são professores de escolas particulares no ensino médio ou fundamental, isto é, da alfabetização até o 3º ano do ensino médio.	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
222	Quantas mulheres você conhece que residem neste município e tem quatro filhos ou mais? (Considere apenas filhos biológicos vivos.)	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
223	Quantas pessoas você conhece que residem neste município e são estrangeiras?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
224	Quantas pessoas você conhece que residem neste município e que usaram drogas ilícitas, que não a maconha, mais de 25 DIAS nos últimos 6 meses (média de um dia por semana)?	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PULAR
225	Quanto homens você conhece que residem neste município e fazem sexo com outros homens?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
226	Quantas mulheres você conhece que residem neste município e fazem sexo em troca de dinheiro?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
227	Quantas mulheres você conhece que residem neste município e tiveram um aborto provocado nos últimos 12 meses?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<p>Muito bom. Agora, as perguntas a seguir são importantes mas são as mais sensíveis pois falam sobre uso de drogas. Portanto peço que você tenha especial atenção ao respondê-las, e tente dar a resposta mais completa possível. Nelas, iremos contar anonimamente as pessoas conhecidas suas que, como antes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - residem em [NOME DO MUNICÍPIO] - e você conhece de vista e pelo nome, e que também conhecem você de vista e pelo nome. - e com as quais você teve algum contato nos últimos 12 meses, seja pessoalmente, por telefone, correspondência ou e-mail 			
228	<p>Quantas pessoas você assim conhece que já fizeram uso de crack ou similares pelo menos uma vez na vida? — Por "crack e similares" entenda-se: crack, pasta base, merla ou oxi, fumados em cachimbos, copos ou latas. Não conte quem usa essas drogas somente misturadas em cigarros de maconha e tabaco.</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000'	→ Q310
229	<p>Dessas [Resposta da Questão 228] pessoas, quantas fizeram uso pelo menos uma vez nos últimos 6 meses? SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000' E PULAR PARA Q234</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000'	→ Q234
230	<p>E dessas [Resposta da Questão 229] pessoas, quantas fizeram uso mais de 25 DIAS nos últimos 6 meses (média de um dia por semana)? SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000' E PULAR PARA Q234</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000'	→ Q234

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PULAR
231	E dessas [Resposta da Questão 230] pessoas, quantas tem 18 anos ou mais? SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000' E PULAR PARA Q234	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center;">SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000'</p>	→ Q234
232	E dessas [Resposta da Questão 231] pessoas maiores de idade, quantas são homens?	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>	
233	E dessas [Resposta da Questão 231] pessoas maiores de idade, homens e mulheres, quantas fizeram uso em locais públicos, edificações abandonadas ou outros locais onde pessoas se reúnem exclusivamente para usar drogas?	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div>	
Obrigado! Agora iremos contar, dessas pessoas, as que usaram o crack, quer tenham usado similares ou não.			
234	Daquelas [Resposta Questão 228] pessoas que você conhece, que já fizeram uso de crack e similares pelo menos uma vez na vida, <u>quantas fizeram uso especificamente de crack</u> , quer tenham usado similares ou não? SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000' E PULAR PARA Q300	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center;">SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000'</p>	→ Q300
235	Dessas [Resposta da Questão 234] pessoas, quantas fizeram uso pelo menos uma vez nos últimos 6 meses? SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000' E PULAR PARA Q300	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center;">SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000'</p>	→ Q300
236	E dessas [Resposta da Questão 235] pessoas, quantas fizeram uso mais de 25 DIAS nos últimos 6 meses (média de um dia por semana)? SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000' E PULAR PARA Q300	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center;">SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000'</p>	→ Q300
237	E dessas [Resposta da Questão 236] pessoas, quantas tem 18 anos ou mais? SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000' E PULAR PARA Q300	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center;">SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000'</p>	→ Q300

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PULAR
238	E dessas [Resposta da Questão 237] pessoas maiores de idade, quantas são homens?	<input data-bbox="1184 253 1230 309" type="text"/> <input data-bbox="1230 253 1276 309" type="text"/> <input data-bbox="1276 253 1323 309" type="text"/>	
239	E dessas [Resposta da Questão 237] pessoas maiores de idade, homens e mulheres, quantas fizeram uso em locais públicos, edificações abandonadas ou outros locais onde pessoas se reúnem exclusivamente para usar drogas?	<input data-bbox="1184 409 1230 465" type="text"/> <input data-bbox="1230 409 1276 465" type="text"/> <input data-bbox="1276 409 1323 465" type="text"/>	

Bloco Crack e Similares

Agora passamos a perguntas onde voltaremos a contar quem usa crack e similares. Assim como antes, por "crack e similares" entenda-se que usam crack, pasta base, merla ou oxi, fumados em cachimbos, copos ou latas. Não conte, por exemplo, pessoas que usam essas drogas apenas quando misturadas em cigarros com maconha ou tabaco

Também como nas questões anteriores, essas devem ser pessoas que:

- residem em [NOME DO MUNICÍPIO]
- e você conhece de vista e pelo nome, e que também conhecem você de vista e pelo nome.
- e com as quais você teve algum contato nos últimos 12 meses, seja pessoalmente, por telefone, correspondência ou e-mail

Recobrando, no bloco anterior você contou que são [Resposta da Questão 229] as pessoas que você assim conhece que fizeram uso de crack e similares pelo menos uma vez nos últimos 6 meses.

300. [NA PRIMEIRA VEZ] Agora eu vou pedir para você por favor dar um nome ou apelido para cada uma dessas [Resposta da Questão 229] pessoas que usaram crack e similares nos últimos seis meses. Esse nome não será registrado, nem analisado, nem publicado e não precisa ser um nome real. Nós só vamos utilizá-lo para ajudar a fazer algumas perguntas. [CONFIRMA ENTENDIMENTO]. Qual um nome ou apelido para uma pessoa que você conhece que tenha usado crack e similares? [APÓS A PRIMEIRA VEZ] Por favor, dê um nome ou apelido para a próxima pessoa que você conhece que tenha usado crack e similares. ENTREVISTADOR: PRIMEIRO LISTE TODOS OS NOMES NA PRIMEIRA COLUNA E DEPOIS PERGUNTE AS DEMAIS QUESTÕES PARA CADA NOME LISTADO. SE A IDADE É 95 OU MAIS, ESCREVA '95' SE A IDADE NÃO É CONHECIDA, OBTER A MELHOR ESTIMATIVA POSSIVEL	301 (NOME) é homem ou mulher?	302 Qual a idade de (NOME)?	303 (NOME) completou o ensino fundamental (novo ano)? [NS = NÃO SABE]	304 (NOME) faz uso de crack e similares em locais públicos, edificações abandonadas ou outros locais onde pessoas se reúnem exclusivamente para usar drogas? [NS = NÃO SABE]
PESSOA 1 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="checkbox"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 2 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="checkbox"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 3 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="checkbox"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 4 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="checkbox"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 5 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="checkbox"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 6 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="checkbox"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 7 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="checkbox"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 8 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="checkbox"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 9 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="checkbox"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 10 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="checkbox"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8

Bloco: Irmãos e Irmãs			
NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PULAR
310	Agora eu gostaria de lhe perguntar algumas questões sobre seus irmãos e irmãs, quer dizer, todos os filhos nascidos de sua mãe, incluindo também aqueles que já faleceram ou residem em outro município		
311	Quantos filhos sua mãe teve, incluindo você mesmo?	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> NÃO SABE [] → Q340 SE FILHO ÚNICO, ESCREVA '01' → Q340 </div>	
312	Quantos filhos sua mãe teve antes de você nascer?	<div style="text-align: center;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	

* CÓDIGOS PARA Q329

EM OUTRA CIDADE DESTE
MESMO ESTADO DO BRASIL 100

EM OUTRO ESTADO DO BRASIL	ACRE 212	ESPÍRITO SANTO . 232	PARAÍBA 225	RONDÔNIA 211
	ALAGOAS 227	GOIÁS 252	PARANÁ 241	RORAIMA 214
	AMAPÁ 216	MARANHÃO 221	PERNAMBUCO . . . 226	SANTA CATARINA 242
	AMAZONAS 213	MATO GROSSO . . . 251	PIAUI 222	SÃO PAULO 235
	BAHIA 229	MATO G. DO SUL . 250	RIO DE JANEIRO . . 233	SERGIPE 228
	CEARÁ 223	MINAS GERAIS . . . 231	R. G. DO NORTE . . 224	TOCANTINS 217
	DIST. FEDERAL . . . 253	PARÁ 215	R. G. DO SUL 243	

EM OUTRO PAÍS	ALEMANHA 321	CHILE 303	GUIANA 306	ITÁLIA 326	POLÔNIA 328	URUGUAI 311
	ARGENTINA 301	COLÔMBIA 304	G. FRANCESA 307	JAPÃO 327	PORTUGAL 329	VENEZUELA 312
	ÁUSTRIA 322	EQUADOR 305	HOLANDA 324	PARAGUAI 308	SUIÇA 330	
	BOLÍVIA 302	EUA 323	INGLATER 325	PERU 309	SURINAME 310	
	OUTRO PAÍS NA AMÉRICA LATINA 319					
	OUTRO PAÍS NÃO NA LISTA 399					

NÃO SABE 888

PREENCHER A TABELA COM O NÚMERO TOTAL DE IRMÃOS E IRMÃS (ATÉ O MÁXIMO PERMITIDO). PEÇA QUE O ENTREVISTADOR RESPONDA AS QUESTÕES PRIMEIRO REFERENTE AO IRMÃO MAIS VELHO, DEPOIS O SEGUNDO MAIS VELHO, ATÉ O MAIS NOVO. NÃO INCLUIR O ENTREVISTADO NESTA LISTAGEM.

[NA PRIMEIRA VEZ] Diga-me um nome ou apelido para representar o mais velho entre seus irmãos e irmãs. Esse nome não precisa ser real, e não será registrado. Ele servirá apenas para ajudar a fazer algumas perguntas a seguir.

[APÓS A PRIMEIRA VEZ] Diga-me um nome ou apelido para representar o seguinte entre seus irmãos e irmãs.

[NS=NÃO SABE]

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]
313. Nome ou apelido							
314. (NOME) é homem ou mulher?	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2
315. (NOME) está vivo(a)?	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO
316. Quantos anos (NOME) tem?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
317. Você viu (NOME) nos últimos 6 meses?	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321
318. Há quanto tempo (NOME) morreu?	ANOS MESES <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/>
319. Em que ano e mês (NOME) morreu? Desta vez, dê a resposta mais precisa que puder lembrar	ANO <input type="text"/>	ANO <input type="text"/>	ANO <input type="text"/>	ANO <input type="text"/>	ANO <input type="text"/>	ANO <input type="text"/>	ANO <input type="text"/>
	MÊS <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/>
320. Quantos anos (NOME) tinha quando morreu?	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>
321. Você diria que você [SE VIVO, "é"; SE MORTO, "era"] próximo, pouco próximo ou não próximo a (NOME)?	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3
322. (NOME) usou crack e similares alguma vez na vida? — Por "crack e similares" entenda-se: crack, pasta base, merla ou oxi, fumados em cachimbos, copos ou latas.	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326

	[1], cont.	[2], cont.	[3], cont.	[4], cont.	[5], cont.	[6], cont.	[7], cont.	
323. Quando (NOME) usou crack e similares pela primeira vez?	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	
324. [SÓ VIVO] (NOME) usou crack e similares pelo menos uma vez nos últimos 6 meses?	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 3	
325. Quando (NOME) usou crack e similares pela última vez?	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS
326. (NOME) [SE VIVO, "reside neste município?"; SE MORTO "residia neste município quando faleceu?"]	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	
327. (NOME) mudou-se para (NOME DO MUNICÍPIO) durante os [SE VIVO, "últimos doze 12 meses"; SE MORTO, "12 meses antes da sua morte"]?	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	
328. De onde (NOME) veio? *	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	
329. (NOME) mudou-se de (NOME DO MUNICÍPIO) durante os [SE VIVO, "últimos doze 12 meses"; SE MORTO, "12 meses antes da sua morte"]?	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	
330. Para onde (NOME) mudou-se? *	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]	

	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	[13]	[14]
313. Nome ou apelido							
314. (NOME) é homem ou mulher?	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2	HOMEM 1 MULHER 2
315. (NOME) está vivo(a)?	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q318 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO
316. Quantos anos (NOME) tem?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
317. Você viu (NOME) nos últimos 6 meses?	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321	SIM . . 1 NÃO . . 2 → VÁ PARA Q321
318. Há quanto tempo (NOME) morreu?	ANOS MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/> <input type="text"/>	ANOS MESES <input type="text"/> <input type="text"/>
319. Em que ano e mês (NOME) morreu? Desta vez, dê a resposta mais precisa que puder lembrar	ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ANO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/>	MÊS <input type="text"/> <input type="text"/>
320. Quantos anos (NOME) tinha quando morreu?	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>	ANOS <input type="text"/>
321. Você diria que você [SE VIVO, "é"; SE MORTO, "era"] próximo, pouco próximo ou não próximo a (NOME)?	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3	PRÓXIMO 1 POUCO PRÓXIMO . . 2 NÃO PRÓXIMO 3
322. (NOME) usou crack e similares alguma vez na vida? – Por "crack e similares" entenda-se: crack, pasta base, merla ou oxi, fumados em cachimbos, copos ou latas.	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8 → VÁ PARA Q326

	[8], cont.	[9], cont.	[10], cont.	[11], cont.	[12], cont.	[13], cont.	[14], cont.
323. Quando (NOME) usou crack e similares pela primeira vez?	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS
324. [SÓ VIVO] (NOME) usou crack e similares pelo menos uma vez nos últimos 6 meses?	SIM . . 1 NÃO . . 2 NA . . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NA . . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NA . . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NA . . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NA . . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NA . . . 3	SIM . . 1 NÃO . . 2 NA . . . 3
325. Quando (NOME) usou crack e similares pela última vez?	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS	ANO [][][][] MÊS [][] () NÃO SABE ANO () NÃO SABE MÊS
326. (NOME) [SE VIVO, "reside neste município?"; SE MORTO "residia neste município quando faleceu?"]	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	SIM, E SEMPRE RESIDIU AQUI 1 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO SIM, MAS NEM SEMPRE RESIDIU AQUI 2 VÁ PARA Q327 NÃO, MAS JÁ RESIDIU AQUI 3 VÁ PARA Q329 NÃO, E NEM NUNCA RESIDIU AQUI 4 VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO
327. (NOME) mudou-se para (NOME DO MUNICÍPIO) durante os [SE VIVO, "últimos doze meses"; SE MORTO, "12 meses antes da sua morte"]?	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8
328. De onde (NOME) veio? *	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO	CODIGO * [][][] VÁ PARA PRÓXIMO IRMÃO
329. (NOME) mudou-se de (NOME DO MUNICÍPIO) durante os [SE VIVO, "últimos doze meses"; SE MORTO, "12 meses antes da sua morte"]?	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NÃO SABE . . 8
330. Para onde (NOME) mudou-se? *	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]	CODIGO * [][][]

Bloco Migração

PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS			
<p>Agora eu gostaria de lhe perguntar algumas questões sobre pessoas que você conhece que se mudaram de [NOME DO MUNICÍPIO] nos últimos 12 meses. Essas precisam ser pessoas que moravam aqui, mas mudaram sua residência para outra cidade.</p> <p>Semelhantemente às questões anteriores, essas devem ser pessoas que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - residiam em [NOME DO MUNICÍPIO] <ul style="list-style-type: none"> - e você conhece de vista e pelo nome, e que também conhecem você de vista e pelo nome. - e com as quais você teve algum contato nos 12 meses antes delas se mudarem, seja pessoalmente, por telefone, correspondência ou e-mail. 				
<p>340. Quantas pessoas você assim conhece que residiam em [NOME DO MUNICÍPIO], mas que se mudaram para outra cidade nos últimos 12 meses?</p>	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33px;"></td> <td style="width: 33px;"></td> <td style="width: 33px;"></td> </tr> </table>			
<p>SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000' E PULAR PARA 350 SE CONHECE 500 OU MAIS, ESCREVA '500'</p>				

*** CÓDIGOS PARA Q344**

EM OUTRA CIDADE DESTA 100
 MESMO ESTADO DO BRASIL

EM OUTRO ESTADO DO BRASIL	ACRE 212	ESPIRITO SANTO . 232	PARAÍBA 225	RONDÔNIA 211		
	ALAGOAS 227	GOIÁS 252	PARANÁ 241	RORAIMA 214		
	AMAPÁ 216	MARANHÃO 221	PERNAMBUCO . . 226	SANTA CATARINA . 242		
	AMAZONAS 213	MATO GROSSO . . 251	PIAUI 222	SÃO PAULO 235		
	BAHIA 229	MATO G. DO SUL . 250	RIO DE JANEIRO . 233	SERGIPE 228		
	CEARÁ 223	MINAS GERAIS . . 231	R. G. DO NORTE . 224	TOCANTINS 217		
	DIST. FEDERAL . . 253	PARÁ 215	R. G. DO SUL 243			
EM OUTRO PAÍS	ALEMANHA . . . 321	CHILE 303	GUIANA 306	ITÁLIA . . . 326	POLÔNIA . . . 328	URUGUAI . . 311
	ARGENTINA . . . 301	COLÔMBIA . . . 304	G. FRANCESA . . . 307	JAPÃO . . . 327	PORTUGAL 329	VENEZUELA 312
	ÁUSTRIA . . . 322	EQUADOR . . . 305	HOLANDA . . . 324	PARAGUAI 308	SUIÇA . . . 330	
	BOLÍVIA . . . 302	EUA 323	INGLATERRA . . . 325	PERU 309	SURINAME 310	
	OUTRO PAÍS NA AMÉRICA LATINA 319					
	OUTRO PAÍS NÃO NA LISTA 399					
NÃO SABE	888					

<p>341. [NA PRIMEIRA VEZ] Agora eu vou pedir para você por favor dar um nome ou apelido para cada pessoa que você conheça que tenha se mudado de [NOME DO MUNICÍPIO] os últimos 12 meses. Esse nome não será analisado nem publicado e não precisa ser um nome real. Nós só vamos utilizá-lo para ajudar a fazer algumas perguntas. [CONFIRMA ENTENDIMENTO] Qual um nome ou apelido para uma pessoa que você conhece que tenha se mudado de [NOME DO MUNICÍPIO] nos últimos 12 meses? [APÓS A PRIMEIRA VEZ] Por favor, dê um nome ou apelido para a próxima pessoa que você conhece que tenha se mudado de [NOME DO MUNICÍPIO] nos últimos 12 meses.</p> <p>ENTREVISTADOR: PRIMEIRO LISTE TODOS OS NOMES NA PRIMEIRA COLUNA E DEPOIS PERGUNTE AS DEMAIS QUESTÕES PARA CADA NOME LISTADO SE A IDADE NÃO É CONHECIDA, OBTER A MELHOR ESTIMATIVA POSSÍVEL SE A IDADE É 95 OU MAIS, ESCREVA '95'</p>	<p>342 (NOME) é homem ou mulher?</p>	<p>343 Qual era a idade de (NOME) quando ele(a) se mudou?</p>	<p>344 Para onde (NOME) mudou-se? *</p>	<p>345 Há quantos meses (NOME) mudou-se? [PREENCHER COM '00' SE MENOS DE 1 MES]</p>	<p>346 (NOME) completou o ensino fundamental? [NS = NÃO SABE]</p>	<p>347 (NOME) costuma mandar dinheiro para alguém neste município? Caso não esteja certo, dê a resposta que lhe pareça mais provável. [NS = NÃO SABE]</p>
PESSOA 1 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 2 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 3 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 4 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 5 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 6 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 7 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 8 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 9 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8
PESSOA 10 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8

Bloco Mortalidade

NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS			
	<p>Agora eu gostaria de lhe perguntar algumas questões sobre pessoas que você conhece que morreram nos últimos 12 meses.</p> <p>Semelhantemente às questões anteriores, essas devem ser pessoas que:</p> <ul style="list-style-type: none">- residiam em [NOME DO MUNICÍPIO]- e você conhecia de vista e pelo nome, e que também conheciam você de vista e pelo nome- e com as quais você teve algum contato nos 12 meses antes delas falecerem, seja pessoalmente, por telefone, correspondência ou e-mail.				
350	<p>Quantas pessoas você assim conhecia que faleceram nos últimos 12 meses?</p> <p>SE NÃO CONHECE NINGUÉM, ESCREVA '000' E PULAR PARA 401 SE CONHECE 500 OU MAIS, ESCREVA '500'</p>	<table border="1" data-bbox="927 416 1035 454"><tr><td data-bbox="927 416 963 454"></td><td data-bbox="963 416 1000 454"></td><td data-bbox="1000 416 1035 454"></td></tr></table>			

<p>351. [NA PRIMEIRA VEZ] Agora eu vou pedir para você por favor dar um nome ou apelido para cada pessoa que você conheça que tenha falecido nos últimos 12 meses. Esse nome não será analisado nem publicado e não precisa ser um nome real. Nós só vamos utilizá-lo para ajudar a fazer algumas perguntas. [CONFIRMA ENTENDIMENTO] Qual um nome ou apelido para uma pessoa que você conhece que tenha falecido nos últimos 12 meses? [APÓS A PRIMEIRA VEZ] Por favor, dê um nome ou apelido para a próxima pessoa que você conhece que tenha falecido nos últimos 12 meses.</p> <p>ENTREVISTADOR: PRIMEIRO LISTE TODOS OS NOMES NA PRIMEIRA COLUNA E DEPOIS PERGUNTE AS DEMAIS QUESTÕES PARA CADA NOME LISTADO SE A IDADE NÃO É CONHECIDA, OBTER A MELHOR ESTIMATIVA POSSÍVEL SE A IDADE É 95 OU MAIS, ESCREVA '95'</p>	352 (NOME) era homem ou mulher?	353 Qual era a idade de (NOME) quando ele (a) morreu?	354 (NOME) tinha completado o ensino fundamental (nono ano)? [NS = NÃO SABE]	355 Há quantos meses (NOME) faleceu? [PREENCHER COM '00' SE MENOS DE 1 MÊS]
PESSOA 1 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	<input type="text"/>
PESSOA 2 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	<input type="text"/>
PESSOA 3 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	<input type="text"/>
PESSOA 4 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	<input type="text"/>
PESSOA 5 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	<input type="text"/>
PESSOA 6 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	<input type="text"/>
PESSOA 7 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	<input type="text"/>
PESSOA 8 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	<input type="text"/>
PESSOA 9 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	<input type="text"/>
PESSOA 10 _____	HOMEM 1 MULHER 2	<input type="text"/>	SIM . . 1 NÃO . . 2 NS . . 8	<input type="text"/>

Bloco Uso de Drogas

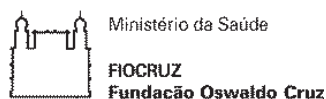
NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PULAR
	Para terminarmos, vou fazer algumas perguntas sensíveis sobre o uso de drogas. Para sua segurança e tranquilidade, lembro que o conteúdo desta entrevista é absolutamente sigiloso e os dados são registrados de forma anônima.		
401	Em relação à cocaína em pó, você:	NUNCA CHEIROU 1 JÁ EXPERIMENTOU, MAS NÃO USA MAIS 2 USA DE VEZ EM QUANDO 3 USA FREQUENTEMENTE 4	
402	E em relação à cocaína injetada na veia, você	NUNCA USOU 1 JÁ EXPERIMENTOU, MAS NÃO USA MAIS 2 USA DE VEZ EM QUANDO 3 USA FREQUENTEMENTE 4	
403	Você usou qualquer droga ilícita, que não maconha, nos últimos 6 meses?	SIM 1 NÃO 2	→ 405
404	Você usou qualquer droga ilícita, que não maconha, mais de 25 DIAS nesse período dos últimos 6 meses (média de um dia por semana)?	SIM 1 NÃO 2	
405	Você já usou crack e similares alguma vez na vida? — Por "crack e similares" entenda-se: crack, pasta base, merla ou oxi, fumados em cachimbos, copos ou latas.	SIM 1 NÃO 2	→ 499
406	Você usou crack e similares pelo menos uma vez nos últimos 6 meses?	SIM 1 NÃO 2	→ 408
407	Você usou crack e similares mais de 25 DIAS nesses últimos 6 meses (média de um dia por semana)?	SIM 1 NÃO 2	
408	Quando você usou crack e similares pela primeira vez?	MÊS ANO [] N.S. ANO [][] / [][][][] [] N.S. MÊS	
409	Quando você usou crack e similares pela última vez?	MÊS ANO [] N.S. ANO [][] / [][][][] [] N.S. MÊS	
499	Anote agora o horário de término da entrevista	HORAS [][] MINUTOS [][]	
	Muito obrigado/a pela sua entrevista!	Página 21	

Bloco Entrevistador			
NO.	PERGUNTAS E FILTROS	CATEGORIAS E CÓDIGOS	PULAR
	Questões a serem respondidas pelo entrevistador após concluir a entrevista		
501	Qual o sexo do entrevistado?	MASCULINO 1 FEMININO 2	
502	No geral, qual foi a atitude do entrevistado diante da entrevista?	AMIGÁVEL E INTERESSADO 1 COOPERATIVO MAS NÃO PARTICULARMENTE INTERESSADO .. 2 IMPACIENTE E AGITADO 3 HOSTIL 4	
503	A compreensão das perguntas pelo entrevistado foi	BOA 1 RAZOÁVEL 2 RUIM 3	
504	Data de entrevista	DIA MÊS ANO <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="margin: 0 5px;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="margin: 0 5px;">/</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div>	

20120425v9

Comentários

Anexo 2.5. Comunicado Setores



Rio de Janeiro, xx de xxxxxxxx de 2012.

Prezado(a) Sr(a),

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Ministério da Saúde e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) estão realizando uma pesquisa de opinião para coletar dados sobre a rede de contatos das pessoas, com o objetivo de calcular o tamanho de alguns grupos de pessoas com determinadas características que outras pesquisas não conseguiram calcular. Esta pesquisa auxiliará também na formulação de políticas de saúde, como políticas de enfrentamento ao crack e outras drogas no país. A pesquisa é de natureza acadêmica e utiliza a metodologia "Scale up".

Neste estudo, estamos realizando entrevistas com a população em geral (indivíduos com 18 anos ou mais) em alguns domicílios sorteados aleatoriamente, a partir dos registros de endereços disponibilizados pelo Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Dessa forma, nem todos os domicílios de sua vizinhança serão pesquisados. Esta etapa está ocorrendo simultaneamente em todas as capitais do país e no Distrito Federal, nos meses de XXX a XXX de 2012.

O(A) senhor(a) está recebendo esta carta pois o seu endereço foi selecionado em nossa amostra para participar da pesquisa. Dessa forma e pedimos a gentileza de receber nosso entrevistador em seu domicílio, a fim de que possamos realizar com sucesso esta pesquisa. A identificação (nome, documento de identificação e foto) do entrevistador responsável por realizar as entrevistas em sua região está anexa a esta carta.

O XXXXXXX foi contratado para realizar esta coleta de dados. Para tanto, seus entrevistadores estarão identificados por crachás e demais materiais com o nome e logotipo da empresa. Em anexo, uma cópia do crachá do entrevistador responsável por realizar a pesquisa em seu domicílio, juntamente com **os telefones de contato, para fazer o agendamento da entrevista**, que deverá ser presencial e irá seguir alguns critérios de seleção de um dos moradores de seu domicílio, que o entrevistador lhe explicará em tempo oportuno.

Caso necessite de maiores informações e esclarecimentos sobre a pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com os pesquisadores da FIOCRUZ, responsáveis pela realização e coordenação da pesquisa, nos endereços/telefones abaixo listados. E também com o XXXXXXX responsável pela coleta de dados, através do telefone (xx)xxxx-xxxx e do e-mail xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx .

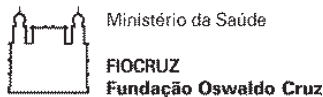
Certos de sua colaboração, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Francisco Inácio Bastos
Pesquisador Senior
Coordenador Nacional da Pesquisa
FIOCRUZ
Av. Brasil 4365
Biblioteca de Manguinhos sala 229
Rio de Janeiro - RJ – CEP 21041-210
Tel: 55-21-3865-3231
Email: bastos@icict.fiocruz.br

Neilane Bertoni dos Reis
Pesquisadora Colaboradora ICICT
Coordenação Nacional da Pesquisa
FIOCRUZ
Av. Brasil 4365
Biblioteca de Manguinhos sala 229
Rio de Janeiro - RJ – CEP 21041-210
Tel: 55-21-3865-3231
Email: nbertoni@icict.fiocruz.br

Anexo 2.6. Comunicado Sindico



Comunicado

Rio de Janeiro, XX de XXXX de 2012.

Assunto: Realização da Pesquisa Domiciliar sobre Redes de Contatos

Prezado(a) Sr(a),

A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) do Ministério da Saúde está realizando uma pesquisa sobre “Redes de Contatos”, que é de natureza acadêmica e que visa conhecer como as pessoas reconhecem, contam e classificam os indivíduos que fazem parte de seus contatos pessoais no cotidiano. As informações coletadas nesta pesquisa serão utilizadas para pensar estratégias sociais e de saúde em nosso país.

Neste estudo, estamos realizando entrevistas com a população em geral em alguns domicílios selecionados. Esta etapa está ocorrendo simultaneamente em todas as capitais do país e no Distrito Federal, nos meses de Março a Maio de 2012.

O XXXXXXXXXXXXXXXX, foi o contratado para realizar esta coleta de dados. Para tanto, seus entrevistadores estarão identificados por crachás e demais materiais com o nome e logotipo da empresa. Na sua região, o(a) entrevistador(a) responsável é: XXXXXXXXXXXX.

O(A) senhor(a) está recebendo este comunicado pois este endereço foi selecionado em nossa amostra: XXXXXXXXXXXXXXXX.

Pedimos a gentileza de permitir acesso de nossos entrevistadores aos moradores destes domicílios, a fim de que possamos realizar com sucesso esta pesquisa.

Caso necessite de maiores informações e esclarecimentos, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com os pesquisadores da FioCruz nos endereços/telefones abaixo listados.

Certos de sua compreensão, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Francisco Inácio Bastos
 Pesquisador Senior
 Coordenador Nacional da Pesquisa
 FIOCRUZ
 Av. Brasil 4365
 Biblioteca de Manguinhos sala 229
 Rio de Janeiro - RJ – CEP 21041-210
 Tel: 55-21-3865-3231
 Email: bastos@icict.fiocruz.br

Neilane Bertoni dos Reis
 Pesquisadora Colaboradora ICICT
 Coordenação Nacional da Pesquisa
 FIOCRUZ
 Av. Brasil 4365
 Biblioteca de Manguinhos sala 229
 Rio de Janeiro - RJ – CEP 21041-210
 Tel: 55-21-3865-3231
 Email: nbertoni@icict.fiocruz.br

