



## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

### **CRACOLÂNDIA DE SÃO PAULO: DIMENSÕES, PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E INDICADORES DE VULNERABILIDADE SOCIAL**

**PAULO ROBERTO DA SILVA**

**São Paulo  
2016**

**CRACOLÂNDIA DE SÃO PAULO:  
DIMENSÕES, PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E INDICADORES DE  
VULNERABILIDADE SOCIAL**

Monografia apresentada à Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas – UNIAD, da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Dependência Química, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Clarice Sandi Madruga.

**São Paulo  
2016**

***“Pedradas”***

*No meu caminho  
Tinha uma pedra  
Um bloco  
Uma montanha  
Fumei todas  
O celular da minha irmã  
O microondas da minha mãe  
O pneu do carro do meu pai  
Fumei meu tempo  
Meu talento  
Meu lamento  
Fumei meus bens  
Meu bem  
Meus trens  
Fumei o meu  
O teu  
O nosso  
Restou os ossos  
No meio de um vale seco  
Esperando um profeta  
Soprar e me levantar*

Paulo Roberto da Silva

## **Resumo**

Este estudo tem como objetivo descrever as dimensões da “Cracolândia” – localizada no bairro da Luz, município de São Paulo – desde seu perfil sociodemográfico, ao padrão do uso de crack e outras substâncias psicoativas, históricos de saúde e tratamento, indicadores de vulnerabilidade social, além de estimar a motivação para cessar o consumo de crack entre usuários frequentadores da região. Trata-se de um estudo observacional transversal quantitativo, baseado na metodologia de “Tempo/Localização” para a seleção da amostra. Após delimitação do local de amostragem denominado “Quadrante Helvética”, randomizaram-se horários e dias para as contagens e entrevistas (Unidade Primária de Amostragem), que foram individuais e duraram em média 10 minutos. Os resultados refletiram o perfil sociodemográfico esperado, de maioria homens, com baixa escolaridade, desempregados e em situação de rua. Metade da amostra relatou já ter realizado pelo menos uma avaliação de saúde: 5,7%, 21,5% e 12,4% dos participantes relataram já ter tido e tratado HIV, Sífilis e Tuberculose respectivamente. A maioria dos entrevistados afirmou já ter procurado ajuda para tratar a dependência de substâncias psicoativas, e 71,4% relataram desejar cessar o consumo de crack. Os achados mostram a importância de avaliações mais aprofundadas que identifiquem as principais demandas dessa população em estado de extrema vulnerabilidade física e social. Sendo um estudo inédito no Brasil, cabe destacar a importância de aprofundar as análises descritivas para a investigação dos fatores associados a esse contexto. A compreensão do perfil do usuário de drogas que não busca nenhum serviço de assistência é fundamental para elaborar estratégias mais eficazes de tratamento.

Palavras-chave: Cracolândia; Crack; Vulnerabilidades; Perfil; Sociodemográfico.

## 1. Introdução

O “crack”, cujo nome advindo do inglês, deriva do seu barulho peculiar ao ser consumido (Santos, 1997), tem sua origem nos Estados Unidos, nos bairros mais empobrecidos dos grandes centros nos anos 1980 (Perrenoud & Ribeiro, 2012). A substância é considerada uma forma impura de cocaína, sendo apresentada em forma de cristais para ser fumada em uma espécie de cachimbo. A via inalatória, como é administrada, permite uma ação mais rápida, aumentando assim seu poder de dependência; caracteriza-se por ter um baixo custo de venda no Brasil, devido ao baixo custo de produção e grande disponibilidade (Global Drug Survey, 2015). Tais características fazem da venda dessa substância um dos negócios mais rentáveis para o narcotráfico, desafia ações de combate às drogas no cenário mundial, e para seus dependentes e a sociedade em geral tornou-se uma verdadeira catástrofe em saúde pública.

Dados nacionais mostram que o Brasil desponta entre os países com maior prevalência de consumo de cocaína e crack no mundo. Em 2011, a taxa era de 1,8% da população adulta no consumo de cocaína aspirada e quase 1% de consumo de modo aspirado, representando 2,3 milhões de habitantes (Laranjeira, et al., 2014). Estima-se que o Brasil seja responsável por mais de 20% de todo o consumo mundial de cocaína.

A primeira grande apreensão policial de crack feita no município de São Paulo foi realizada em 1990 e oficialmente registrada pela Divisão de Investigação sobre Entorpecentes (DISE). Indícios do surgimento da substância psicoativa no município ocorreram na zona leste (São Mateus, Cidade Tiradentes e Itaim Paulista), posteriormente na região da Estação da Luz que, mais tarde, ficou conhecida como “Cracolândia” (Uchôa, 1996).

A região da Luz, antes considerada um glamoroso espaço de comércio, cultura e lazer, sofreu profundas transformações por conta do crescimento desordenado (comum nas grandes metrópoles), tornando-se uma região drasticamente desvalorizada nos últimos anos. Em função da migração comercial e residencial para áreas periféricas da cidade, esta área teve alguns edifícios comerciais, residências e hotéis desocupados, tornando-se alvo de ações de movimentos (inclusive político-partidários) em prol dos “sem-teto”, sendo ocupados com condições precárias e insalubres pela população de baixa ou nenhuma renda como estratégia de sobrevivência (Raupp & Adorno, 2011).

Apesar da constante presença da chamada “polícia de proximidade”, que tem ação limitada no monitoramento da região, intervindo somente em casos de conflitos entre os frequentadores, a região da Cracolândia concentra pontos de prostituição, usuários de drogas e traficantes. Tal cenário é atualmente um dos maiores desafios de saúde e segurança pública do município e estado.

Entre os anos de 2013 e 2015 houve diferentes iniciativas, tanto em nível municipal quanto estadual, para lidar com essa problemática. Entre estas iniciativas está o Programa Recomeço (Resolução Conjunta SJDC/SEDS/SES 2, 2013) implantado pelo Governo do Estado de São Paulo. Além de uma unidade de acolhimento (Resolução SS nº 123, 2013), o programa também conta com espaços alternativos (tendas e escritórios móveis dentro da Cracolândia. A iniciativa visa o atendimento praticamente exclusivo e prioritário aos seus frequentadores usuários, com garantia de acesso ao tratamento médico, psicossocial e judiciário e, quando necessário, a internação dos dependentes em centros de referência, incluindo comunidades terapêuticas e moradias assistidas. Os serviços são coordenados pelo Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), considerado o maior centro de tratamento de dependência do Brasil (Ribeiro , et al., 2016).

É consenso considerar, no mínimo como desafiador, o desenvolvimento de iniciativas que busquem assistir esta população tão vulnerável, objetivando não só cuidados básicos de saúde, mas também amparo social e, em última análise, a reinserção social. O conhecimento do perfil e necessidades desta população é fundamental para elaborar estratégias de tratamento e reintegração mais focadas e eficazes.

Desta forma, o presente estudo busca estimar as dimensões e descrever o perfil sociodemográfico de uma amostra probabilística da população de usuários de drogas que convivem na “Cracolândia” paulistana. Este trabalho também objetiva possíveis indicadores de vulnerabilidade social dos frequentadores dessa região. A ideia central do estudo é entender melhor o perfil dos pacientes que não buscam, ou não aderem aos tratamentos especializados disponíveis na região, tendo a finalidade de assim aperfeiçoar os serviços de assistência e reinserção social oferecidos para melhor atender às demandas dessa população.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivos gerais**

a - Estimar o número de usuários frequentadores da Cracolândia no período de maio a junho de 2016.

b - Descrever as características sociodemográficas dos usuários sediados em um perímetro delimitado da região da Cracolândia.

c - Descrever o histórico de consumo de substâncias, idade de iniciação e overdose.

### **2.2 Objetivos específicos**

a - Descrever e analisar indicadores de vulnerabilidade social: condições socioeconômicas, apoio familiar e suporte social, deslocamento geográfico transitório.

b - Estimar a prevalência de indicadores de comportamentos de risco: uso de drogas injetáveis, comportamento sexual de risco, ideação suicida, histórico de encarceramento,

c - Estimar a prevalência de indivíduos que relatam já ter tratado doenças sexualmente transmissíveis.

d - Estimar um indicador de motivação para que a cessação de consumo do crack nessa população.

## **3. Método**

### **3.1 Características gerais do estudo**

Este é um estudo observacional, transversal, quantitativo. Utilizou-se a metodologia de “Tempo/Localização” para a seleção amostral para as entrevistas, bem como para a randomização das contagens.

### **3.2 Amostragem**

Para a realização do trabalho foi utilizada a amostragem do tipo “Tempo/Localização”, proposta por Katon (Wagner & Lee, 2014), descrita a seguir. Indivíduos presentes no

quadrante Helvécia (Figura 1) e sua extensão (Figura 2) nos horários randomizados foram convidados para a entrevista, respeitando os seguintes critérios de exclusão:

***Crítérios de exclusão:***

- a - Indivíduos usando crack no momento da abordagem;
- b - Indivíduos no alge do efeito do crack;
- c - Indivíduos apresentando comportamentos agressivos ou agitados;
- d - Indivíduos desacordados.

***Amostragem de tempo/localização***

Tempo: A Unidade Primária de Amostragem (Primary Sampling Unit- PSU) foi definida em três sessões (7h às 9h – 10h às 12h e 15 às 17h).

Foram randomizadas dois PSU para que duas sessões de entrevista fossem realizadas diariamente.

***Localização***

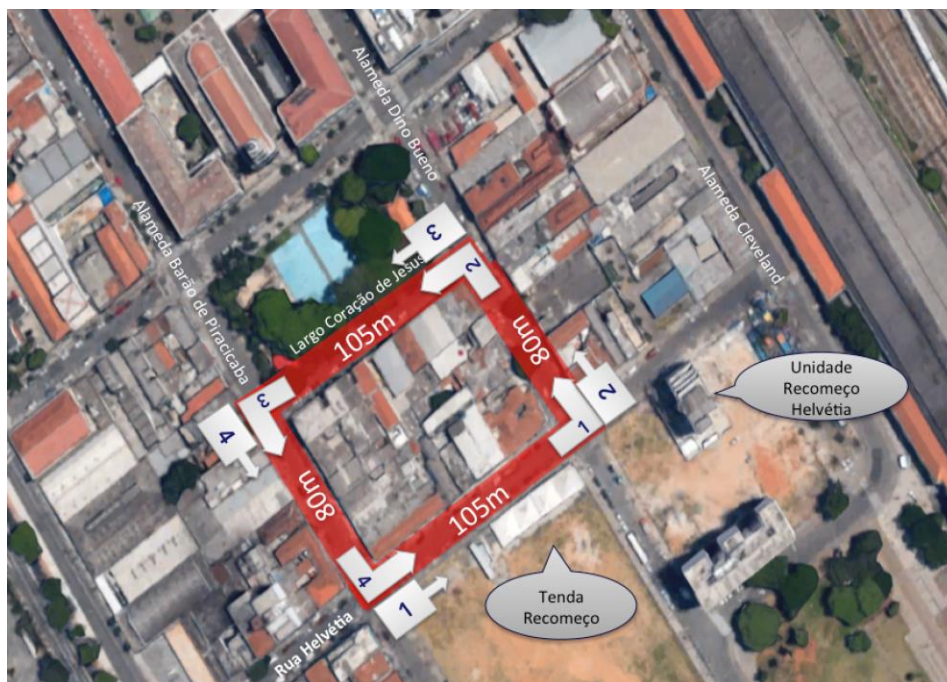
Quadrante Helvécia: Compreende 6.840m<sup>2</sup>, formado entre as ruas Helvécia e Largo Coração de Jesus, incluindo a Alameda Piracicaba e Alameda Dino Bueno (Figura 1).

**3.3 Metodologia contagem**

A contagem foi realizada durante o período de 6 a 30 de junho de 2016, compreendendo as três últimas semanas de coleta, perfazendo um total de 9 contagens; para a realização da contagem os pesquisadores, partindo de pontos fixos pré-determinados, percorreram cada um dos 4 perímetros do quadrante Helvécia; concomitantemente realizando a contagem (Figura 1).



**Figura 1** - Perímetro Helvétia considerado para a contagem



Fonte: Profª Dra. Clarice Sandi Madruga

### 3.4 Participantes

Foram realizadas 45 sessões de coleta de dados (distribuídas em 27 dias), obtendo um total de 107 indivíduos entrevistados, no período de 16 de maio a 16 de junho de 2016.

**Figura 2** - Ilustração do quadrante Helvétia estendido utilizado na abordagem para entrevistas



Fonte: Profª Dra. Clarice Sandi Madruga

### **3.5 Instrumento**

O instrumento utilizado (APÊNDICE 1) é resultante de uma adaptação do questionário padrão para a avaliação do perfil dos pacientes em tratamento, elaborado exclusivamente para a coleta de dados da especialização em Dependência Química da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas - UNIAD. O questionário era composto por 50 perguntas fechadas de múltipla escolha cobrindo os seguintes temas: “Características sociodemográficas”, “Padrão de consumo de substâncias psicoativas”, “Histórico de saúde e tratamento” e “Motivação para cessar o consumo de crack dos usuários frequentadores da Cracolândia”.

A avaliação de consumo de substâncias foi feita considerando o uso desde a experimentação, uso no último ano e uso no último mês. A lista de substâncias foi composta por álcool, tabaco, medicações utilizadas sem prescrição e um total de 8 substâncias ilícitas conhecidas; foi ainda incluída uma questão aberta (Outro – Qual?) para possível relato do uso de outra substância psicoativa não relacionada no questionário.

As estimativas para contaminação de doenças infectocontagiosas foram realizadas através de uma pergunta combinada onde, após autorrelato de contaminação positiva, o respondente era indagado quanto a realização do teste e tratamento.

No questionário utilizado foi incluída a escala de motivação utilizada no Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD), bem como foi incluída uma lista de comportamentos de risco, adaptada da escala HIV Risk-Taking Behaviour Scale – HRBS (Ward, Shane, & Hall, 1990) para a avaliação de doenças infectocontagiosas.

A aplicação do questionário, de modo piloto (teste), foi realizado em 14 de maio de 2016 com 7 participantes para a avaliação do entendimento e tempo de entrevista.

### **3.6 Procedimentos**

As contagens foram realizadas com a utilização de contador manual portátil. Os PSU definidos para as entrevistas foram randomizados semanalmente para a realização de pelo menos duas contagens por semana.

### **3.7 Aspectos éticos**

Após análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) na Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, o trabalho foi submetido e aprovado pela Plataforma Brasil CAAE Número: 43093415.1.0000.5505.

A coleta de dados foi iniciada após obtenção de aprovação do Comitê técnico-administrativo do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD) que, por sua vez, é responsável pelo trabalho realizado na Tenda Recomeço.

Para a realização das entrevistas, os pesquisadores leram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aqui exposto no ANEXO 1, para cada participante abordado, certificando-se de que havia o entendimento quanto aos direitos de negar ou interromper a entrevista, bem como a não recompensação para participação. Após a leitura do TCLE os participantes que aceitavam participar eram convidados a assinar a Autorização (ANEXO 2) e iniciar a entrevista. Uma cópia do TCLE contendo toda a informação e os contatos, para maiores esclarecimentos foi entregue ao entrevistado.

### **3.8 Análise de dados**

Foram realizadas análises descritivas de frequências de respostas para cada pergunta do questionário. Foi utilizado ainda o programa Excel para elaboração de tabelas, quadros e gráficos para apresentação dos resultados.

Considerando os critérios de exclusão, um total de 122 usuários foram abordados para a realização da coleta de dados, com um índice de 4,7% de recusa para a entrevista.

## **4. Resultados**

### **4.1 Estimativa do número de usuários frequentadores da Cracolândia**

A estimativa de número de frequentadores do perímetro delimitado da Cracolândia – realizada a metodologia tempo/localização – demonstrou a **média de 709.33**, nos 9 períodos de contagem.

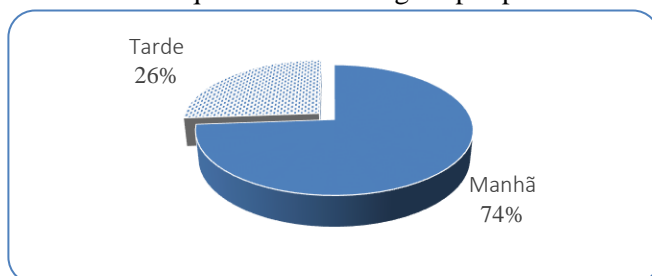
**Tabela 1** -Contagens de frequentadores no perímetro Helvétia

Contagens									
Quadrantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	91	91	150	258.5	51	323.5	124	234	371
2	196.5	34	363.5	458.5	54	448	93	434.5	503
3	144	373	65.5	121	431	62.5	432	46	41.5
4	177	43	11	14.5	42	20.5	55	13	12.5
Média Total	608.5	541	590	852.5	578	854.5	704	727.5	928

**Fonte:** elaborada pelo autor

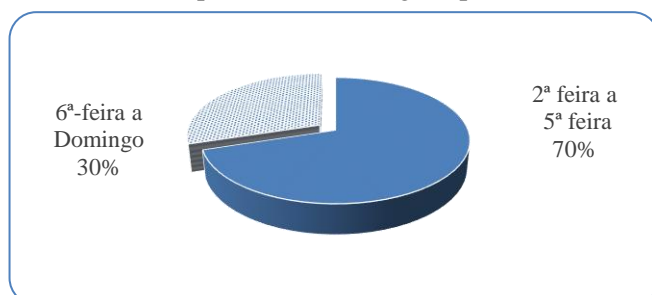
A coleta das entrevistas, conforme descrito no item “Método” do presente estudo, foi randomizada para a escolha de 3 sessões diárias com 2 (duas) horas de duração, compreendendo manhã (7h às 9h) e tarde (15h às 17h), distribuídos nos dias da semana, divididos entre segunda-feira a quinta-feira e de sexta-feira a domingo, cujos resultados para percentual de efetividade são demonstrados nos Gráficos 1 e 2 a seguir:

**Gráfico 1** -Frequências de contagens por período do dia



**Fonte:** elaborado pelo autor

**Gráfico 2** -Frequências de contagens por dia da semana



**Fonte:** elaborado pelo autor

## 4.2 Perfil sociodemográfico

Os resultados da pesquisa, conforme dados da Tabela 2, demonstram que grande parte dos entrevistados eram homens 79%, com idade média de 34.5 anos; para as mulheres participantes da pesquisa 16%, a idade média é de 32.3 anos, e para os participantes transexuais 3,7% a idade média corresponde a 27,7 anos. Aproximadamente metade dos entrevistados (46%) possui ensino fundamental incompleto, e apenas 3% deles declaram possuir ensino técnico ou ensino superior incompleto ou completo. Ainda no que tange às características sociodemográficas, 72% declaram não possuir vínculo empregatício formal ou informal, e 48% dos participantes não possuem renda. Apenas 13% dos participantes referiram receber benefícios de programas do governo federal e municipal.

**Tabela 2-**Prevalências das características sociodemográficas da amostra

<b>CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>		
Masculino	85	79,4
Feminino	18	16,8
Transexual	4	3,7
<b>STATUS EMPREGATÍCIO</b>		
Desempregado	77	72,0
Trabalha	30	28,0
<b>EDUCAÇÃO</b>		
Nunca estudei	2	1,9
Ensino Fundamental/Primário incompleto	50	46,7
Ensino Fundamental/Primário completo	16	15,0
Ensino Médio/Segundo Grau incompleto	14	13,1
Ensino Médio/Segundo Grau completo	17	15,9
Ensino Técnico ou Superior incompleto	4	3,7
Ensino Técnico ou Superior completo	4	3,7
<b>RENDA</b>		
Não tenho renda	52	48,6
Até 1 salário mínimo	29	27,1
1 a 2 salários mínimos	7	6,5
2 a 3 salários mínimos	2	1,9
3 ou mais salários mínimos	3	2,8
Recebo benefícios	14	13,1
<b>FILHOS MENORES DE IDADE</b>		
Sim	49	45,8
Não	58	54,2

### MORADIA

Moro em casa com a família	11	10,3
Moro sozinho ou em casa com outras pessoas	10	9,3
Moro na rua	73	68,2
Moro em uma instituição de tratamento	0	0,0
Moro em outra instituição	13	12,1

### SITUAÇÃO DE RUA

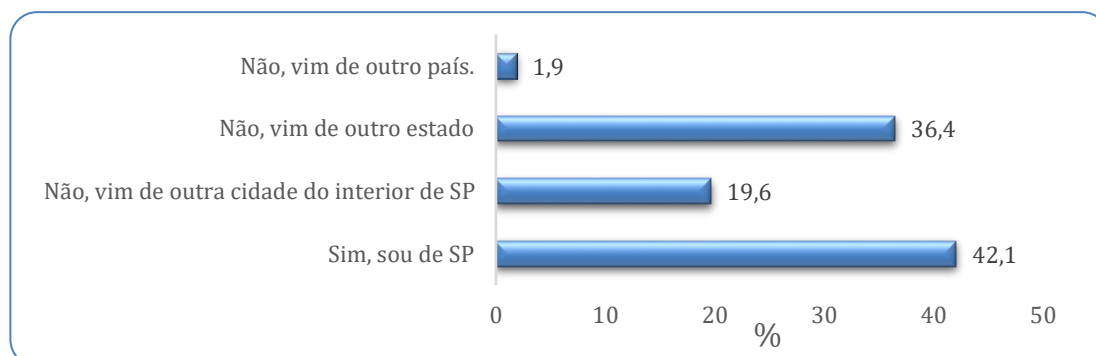
Dorme na rua	56	58,9
Dorme em albergue	22	23,2
Dorme em hotel	9	9,5
Dorme em pensão	8	8,4

Fonte: elaborada pelo autor

No que se refere à naturalidade dos entrevistados (Gráfico 3), destaca-se que 42% afirmam ser natural de São Paulo e 36% natural de outro estado.

**Gráfico 3** -Naturalidade e nacionalidade

*“Você é de São Paulo?”*

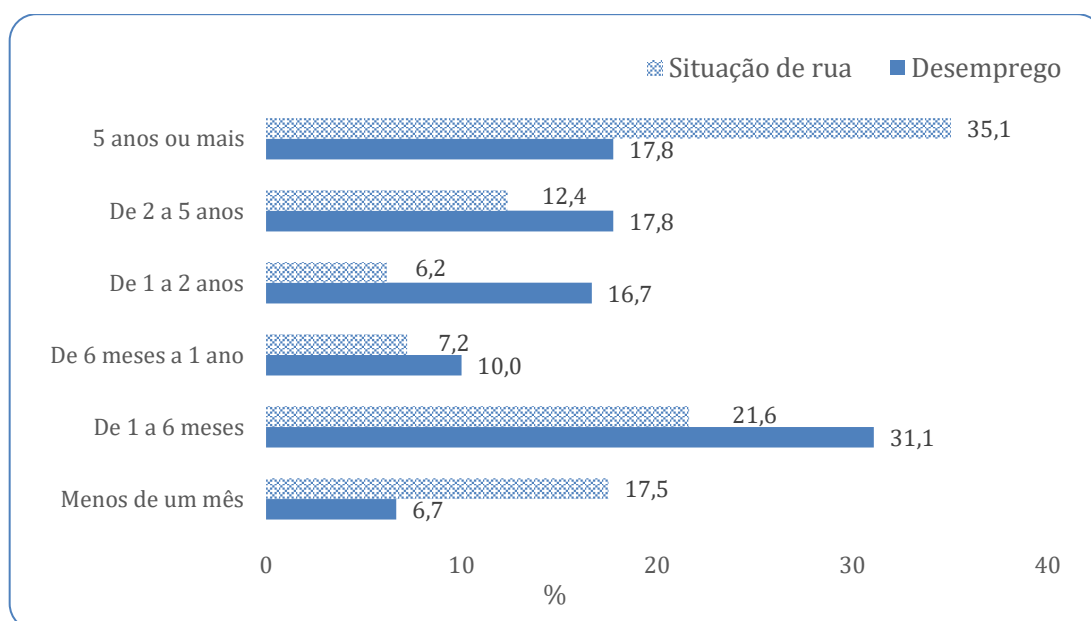


Fonte: elaborado pelo autor

Outras informações relevantes foram contempladas na pesquisa, para composição do perfil e complementação das características sociodemográficas da população estudada. De acordo com os resultados, 90 participantes que responderam não trabalhar formal ou informalmente– incluindo-se práticas criminosas como roubo, furtos, tráfico e prostituição, 13 participantes desconsideraram tais práticas como sendo “trabalho”– e ao relacionar os dados de vínculo empregatício aos dados dos 97 participantes que declararam estar em situação de rua, especificamente para a questão do tempo em que estão nessa situação, pode-se observar a cronicidade em seus percentuais (Gráfico 4).

Os resultados obtidos apontam que quase um terço (31% dos participantes) está de 1 a 6 meses sem práticas de atividades laborativas remuneradas de qualquer natureza, e no mesmo período; 21% encontra-se em situação de rua; 17% entre 2 e 5 anos e há 5 anos ou mais na condição de desemprego; 12% e 35% que respectivamente representam o tempo de 2 a 5 anos e 5 anos ou mais em situação de rua. Apesar de não gerar linha de tendência estatística, tanto para desemprego quanto para situação de rua, o achado será explorado no item discussão do presente estudo.

**Gráfico 4** -Período em situação de rua e de desemprego



**Fonte:** elaborado pelo autor

### 4.3 Histórico de consumo de substâncias psicoativas

Os dados coletados mostraram um consumo precoce de álcool, tabaco e maconha, com a mesma idade média de experimentação: 15 anos (Gráfico 5). Na Tabela 3 destaca-se o consumo no último ano de crack e de cocaína aspirada, com 76% e 59% respectivamente. O consumo de álcool (83%), tabaco (86%) e maconha (70%) também foram muito prevalentes. Entre os entrevistados, 29% relataram ter feito uso de solventes, com a média de idade de experimentação aos 16 anos.

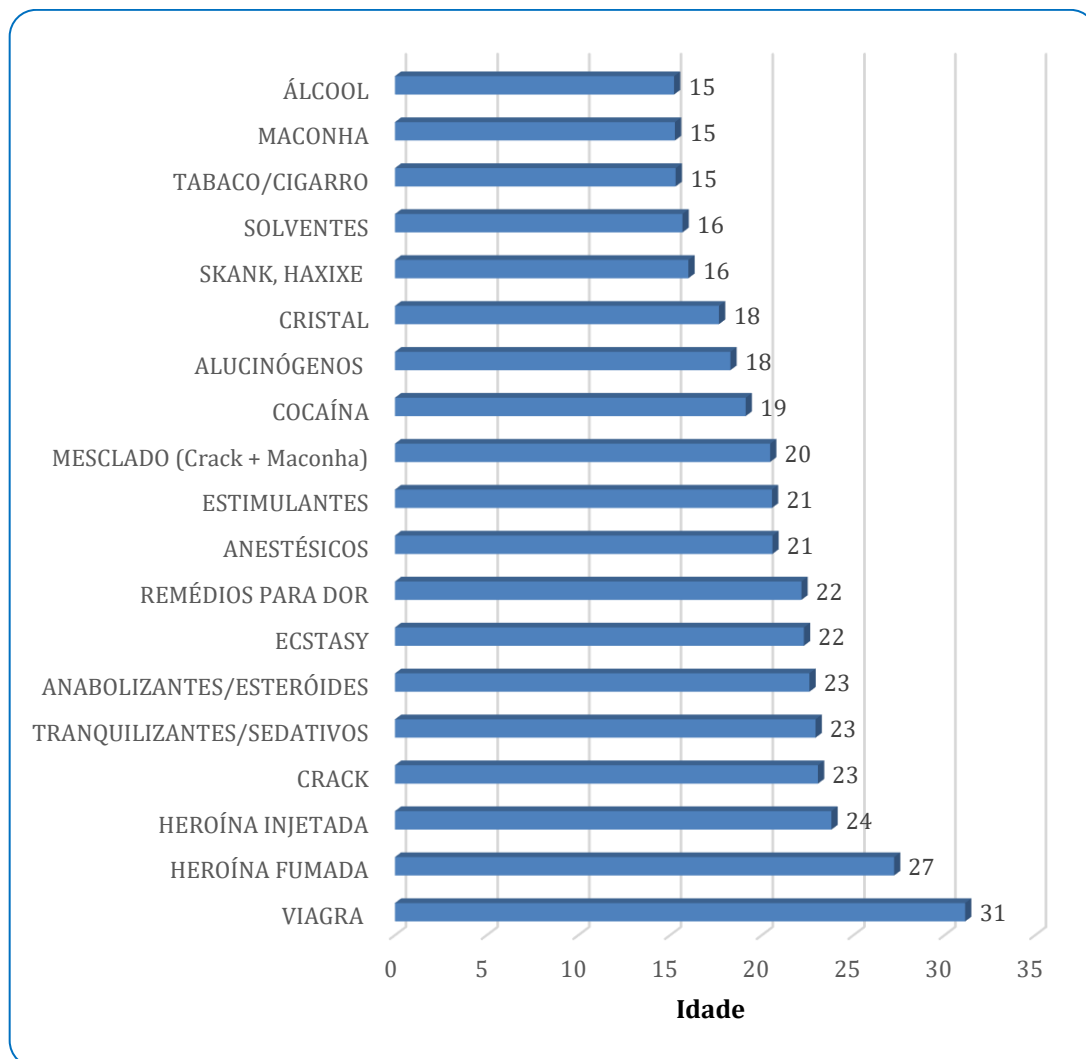
**Tabela 3** -Prevalências de consumo de substâncias na vida e no último ano

Consumo de substâncias psicoativas	Experimentação inicial		Consumo no último ano	
	N	%	N	%
ÁLCOOL	94	88	89	83
MACONHA	86	80	75	70
CRACK	90	84	81	76
COCAÍNA	82	77	63	59
SKANK, HAXIXE	28	26	14	13
ESTIMULANTES	9	8	4	4
CRISTAL	3	3	3	3
ANESTÉSICOS	12	11	5	5
ECSTASY	20	19	7	7
ALUCINÓGENOS	17	16	5	5
SOLVENTES	31	29	14	13
ANABOLIZANTES/ESTERÓIDES / SEM PRESCRIÇÃO	5	5	0	0
TRANQUILIZANTES/SEDATIVOS/SEM PRESCRIÇÃO	30	28	17	16
VIAGRA Sem PRESCRIÇÃO	7	7	3	3
HEROÍNA INJETADA	10	9	4	4
HEROÍNA FUMADA	9	8	4	4
TABACO/CIGARRO	78	73	92	86
MESCLADO (Crack + Maconha)	48	45	36	34
REMÉDIOS PARA DOR SEM PRESCRIÇÃO	24	22	16	15
OUTRO Qual?	1	1	1	1

**Fonte:** elaborada pelo autor



**Gráfico 5 -Idade média de início de consumo**



**Fonte:** elaborado pelo autor

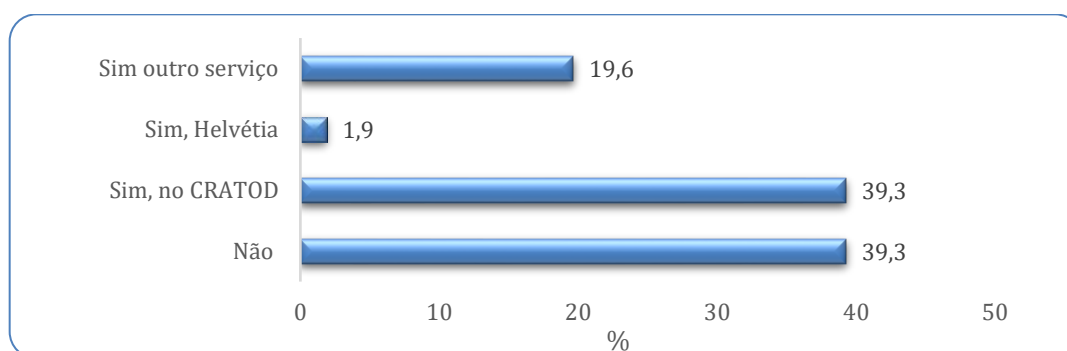
#### 4.4 Histórico de saúde

Em relação ao histórico de saúde dos usuários, os gráficos a seguir demonstram que 39,3% relataram não ter realizado avaliação de saúde nos serviços citados, sendo que o mesmo percentual de 39,3% procurou o Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas - CRATOD. Quase metade dos entrevistados relatou ter sintomas psicóticos, com 31% afirmando apresentar tais sintomas sem estar sob efeito da droga. Destes, 54% relataram que já fizeram uso de medicação para tratar tais ocorrências.

Aproximadamente 30,8% dos participantes relataram ter vivido pelo menos um episódio de overdose. A prevalência dos indivíduos que relataram possuir familiares que já se trataram ou estão em tratamento para dependência química foi de 15,8%. Deficiência física que compromete parte da mobilidade foi referida por 13% dos entrevistados.

**Gráfico 6-** Histórico de avaliações de saúde

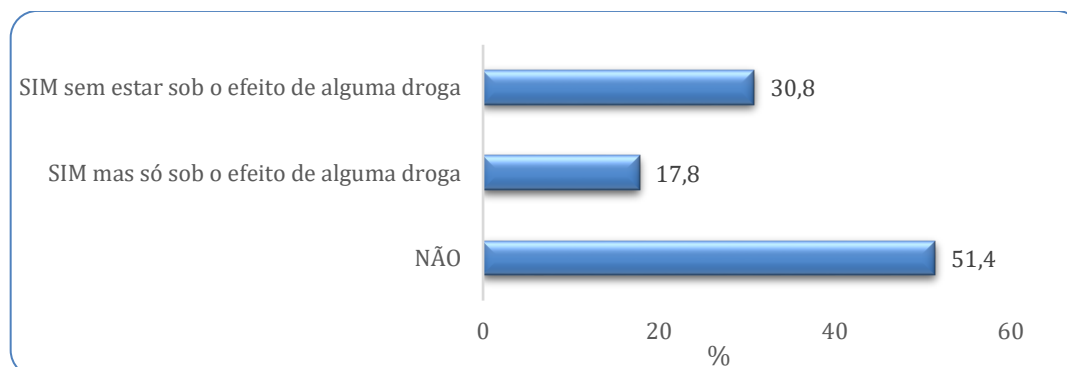
*“Já fez alguma avaliação de saúde?”*



**Fonte:** elaborado pelo autor

**Gráfico 7 -** Prevalência de indicador de quadro psicótico

*“Você vê ou ouve coisas que outras pessoas não conseguem ver ou ouvir?”*

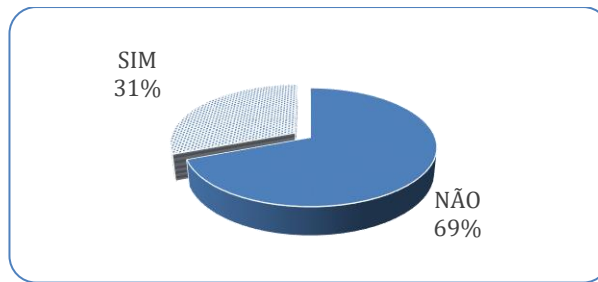


**Fonte:** elaborado pelo autor

**Gráfico 8 -**Prevalência de episódio de overdose de drogas?

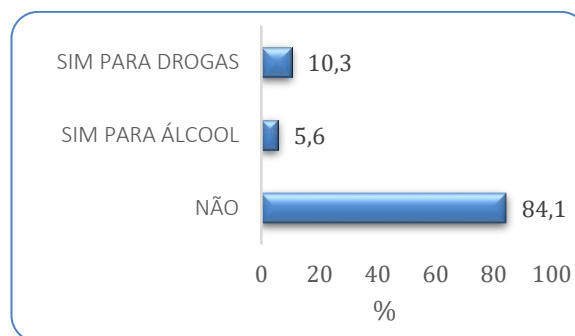
*“Você alguma vez já teve uma overdose de drogas?*

*Ex: já desmaiou e precisou de ajuda médica após uma dose mais alta que o normal?”*



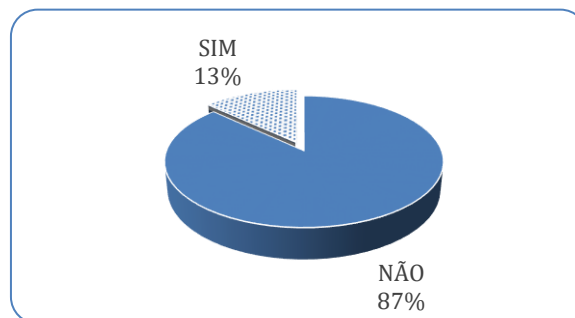
Fonte: elaborado pelo autor

**Gráfico 9** -Prevalência do histórico de dependência química na família  
*“Alguém da sua família faz ou já fez tratamento para dependência química?”*



Fonte: elaborado pelo autor

**Gráfico 10**- Prevalência de deficiência física  
*“Você tem algum tipo de deficiência física?”*

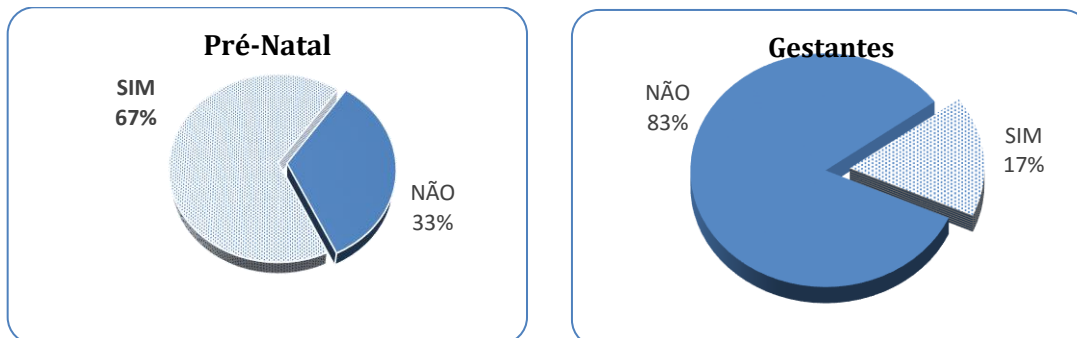


Fonte: elaborado pelo autor

O questionário aplicado contemplou algumas questões relacionadas aos problemas na gestação (Gráficos 11, 12e 13). Um total de 17% das mulheres se declararam grávidas na data da coleta de dados, com períodos de gestação entre 4 e 8 semanas. Entre as mulheres gestantes, 67% referiram já ter feito pelo menos um exame pré-natal. Considerando ainda o total de mulheres que responderam ao questionário, 61% relataram não terem problemas nas gestações anteriores, 16% relataram que seus filhos

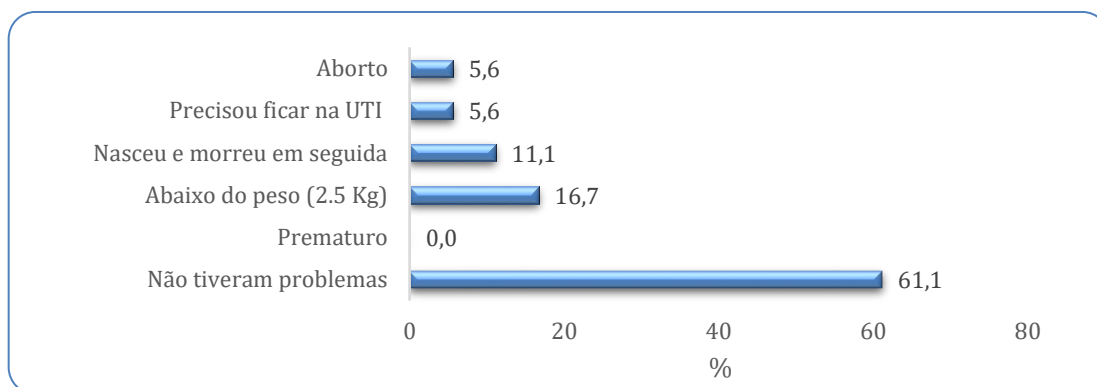
nasceram com baixo peso (até 2,5 Kg) e 11% relataram que seus filhos tiveram morte prematura.

**Gráficos 11 e 12-** Prevalência de mulheres gestantes e realização de pré-natal



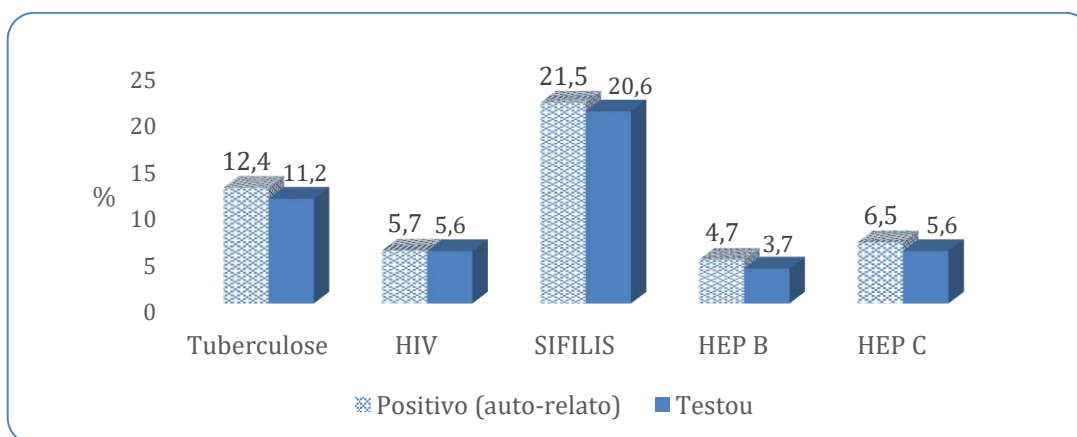
**Fonte:** elaborados pelo autor

**Gráfico 13 -**Prevalência de problemas em gestações anteriores



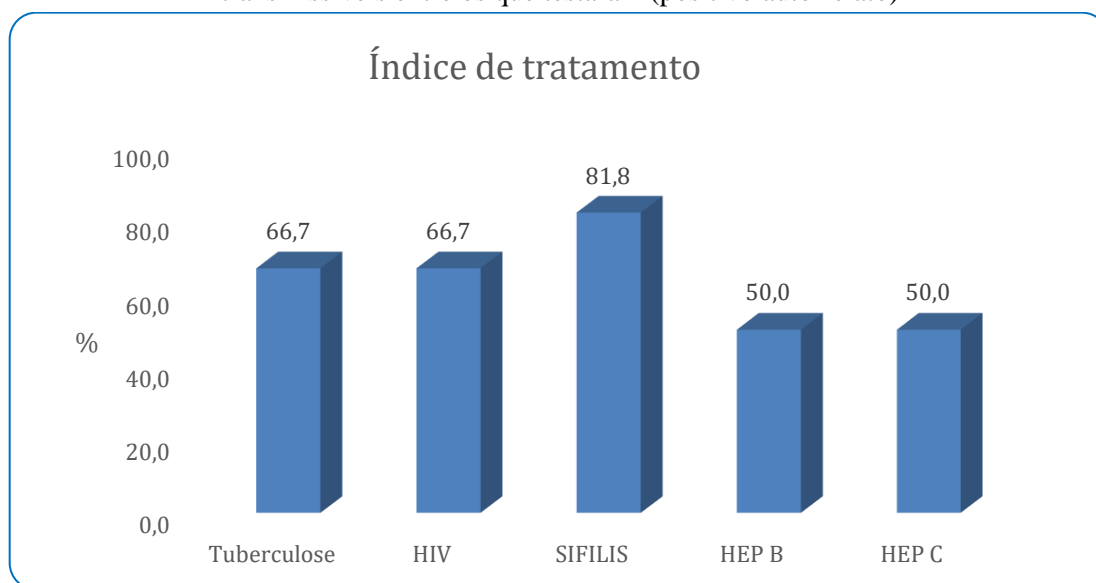
**Fonte:** elaborado pelo autor

**Gráfico 15 -**Contaminação por doenças infectocontagiosas, endêmicas e sexualmente transmissíveis



**Fonte:** elaborado pelo autor

**Gráfico 16** - Tratamento para doenças infectocontagiosas, endêmicas e sexualmente transmissíveis entre os que testaram (positivo autorrelato)



**Fonte:** elaborado pelo autor

Conforme ilustrado no Gráfico 15, as estimativas de usuários que referiram ter doenças infectocontagiosas e endêmicas e que tiveram essa confirmação através de teste foram de 20,6%, para sífilis, 11,2% para tuberculose e 5,6% para HIV. As prevalências de usuários positivos para hepatite B e C foram de 3,7% e 5,6%.

O percentual de tratamento para os entrevistados que relataram contaminação por alguma das doenças supracitadas (Gráfico 16), foi maior para sífilis com 81,8%, seguido por 66,7% para HIV e tuberculose. O percentual de tratamento para hepatites B e C foi de 50%.

#### 4.5 Comportamentos de risco

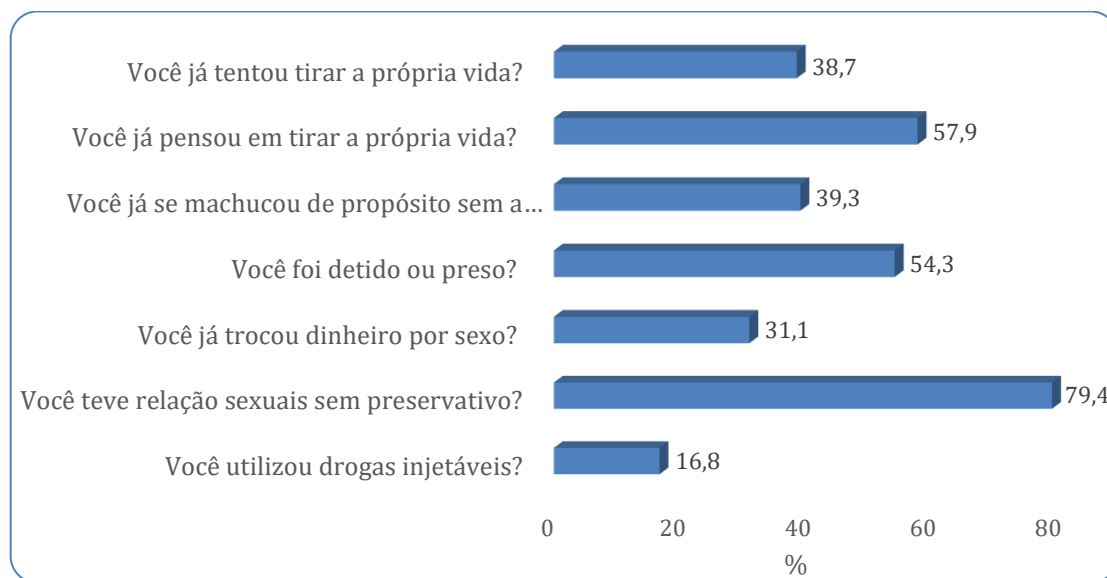
Aproximadamente 56% dos entrevistados relataram prática de atividades sexuais sem uso de preservativos no último mês, tendo em média 4 parceiros. E 48% declarou já ter praticado a troca de sexo por dinheiro. Apenas 27,8% declararam ter feito uso de drogas injetáveis no último mês.

Perguntados sobre encarceramento, 54% relataram episódios de prisão e/ou detenção pelo menos uma vez na vida. Mais da metade dos participantes relatou já ter tido pensamento suicida (57,9%), com 38,7% deles referindo tentativa de suicídio no último ano. Episódios de automutilação sem intenção de óbito no último ano foram referidos

por 31% da amostra. Os resultados ainda demonstraram que 16,8% relataram fazer uso de drogas injetáveis.

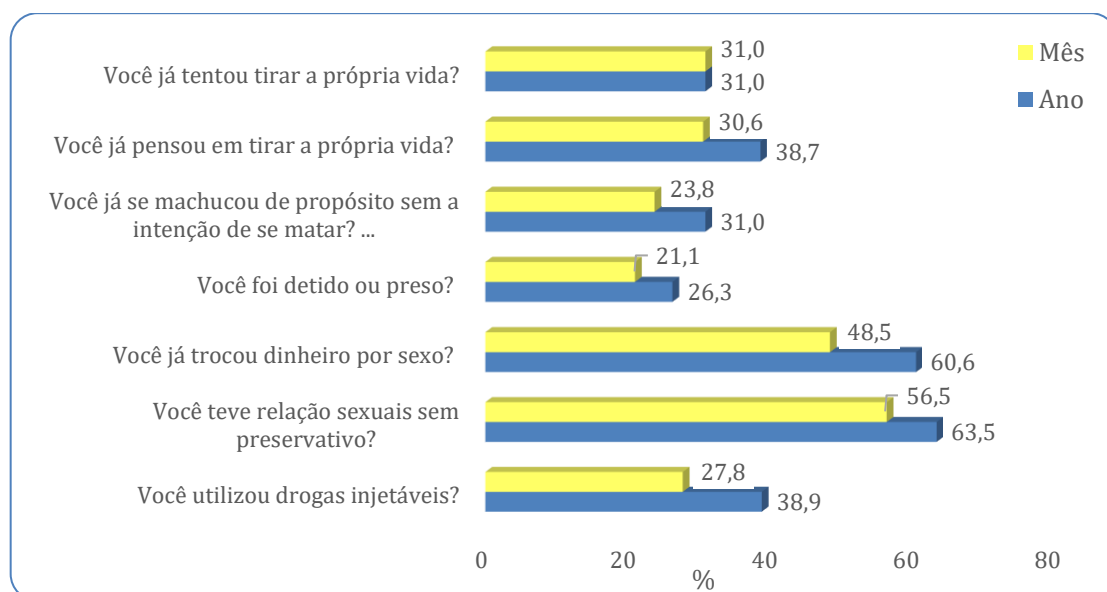
Houve duas recusas de resposta para a pergunta sobre prisão e/ou detenção e uma recusa para as perguntas sobre troca de sexo por dinheiro e tentativa de atentado contra a própria vida.

**Gráfico 17 -Práticas de comportamentos de risco**



**Fonte:** elaborado pelo autor

**Gráfico 18 - Prática de comportamentos de risco no último ano e mês**

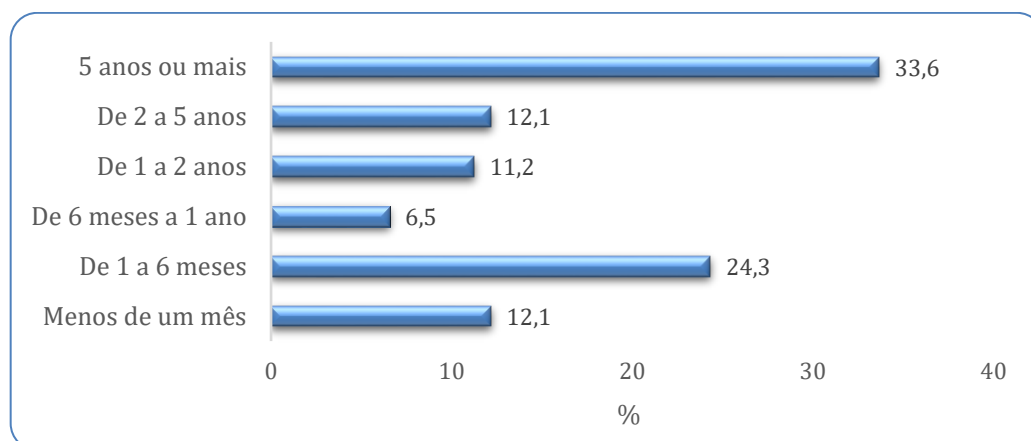


**Fonte:** elaborado pelo autor

#### 4.6 Vulnerabilidades sociais

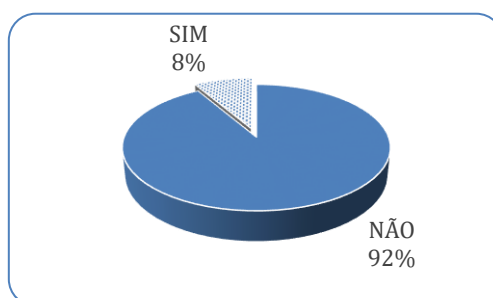
Aproximadamente 34% dos participantes relatam que frequentam regularmente a região da Cracolândia por 5 anos ou mais, com 8% tendo afirmado preferir estar em situação de rua. Mais de dois a cada dez usuários afirmaram que sua atual situação de rua não precede ao consumo de substâncias psicoativas.

**Gráfico 19** -Tempo de frequência na região da Cracolândia



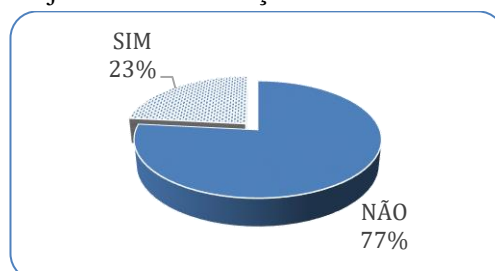
**Fonte:** elaborado pelo autor

**Gráfico 20** -Você prefere ficar em situação de rua?



**Fonte:** elaborado pelo autor

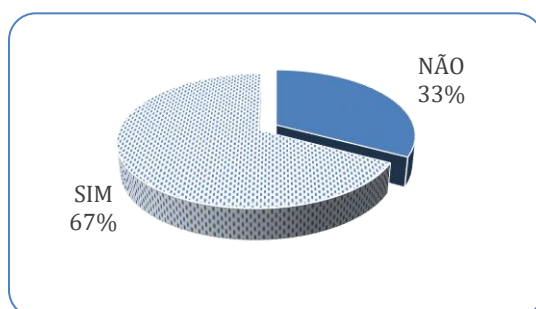
**Gráfico 21** -Você já esteve em situação de rua antes de consumir drogas?



**Fonte:** elaborado pelo autor

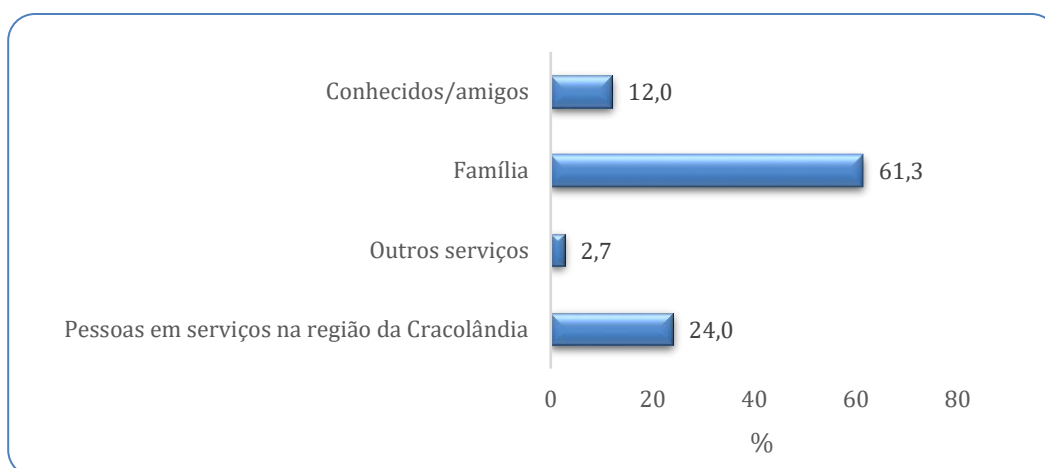
Os resultados a seguir (Gráficos 22, 23 e 24) demonstram que 67% dos participantes possuem pessoa ou serviço que podem contatar em caso de emergência e, destes, 61% indicaram familiares como alvo de contato nestas situações e, 54% do total de entrevistados afirmaram possuir contato com familiares atualmente.

**Gráfico 22** - Você tem alguma pessoa com que você pode contar em situações de emergência?



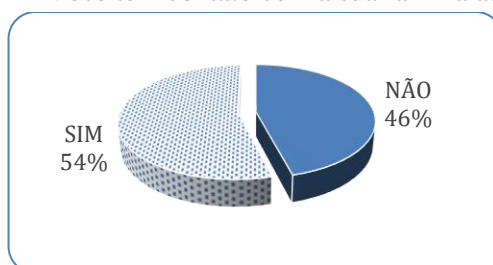
**Fonte:** elaborado pelo autor

**Gráfico 23** - Com quem você poderia contar?



**Fonte:** elaborado pelo autor

**Gráfico 24** - Você tem contato com a sua família atualmente?



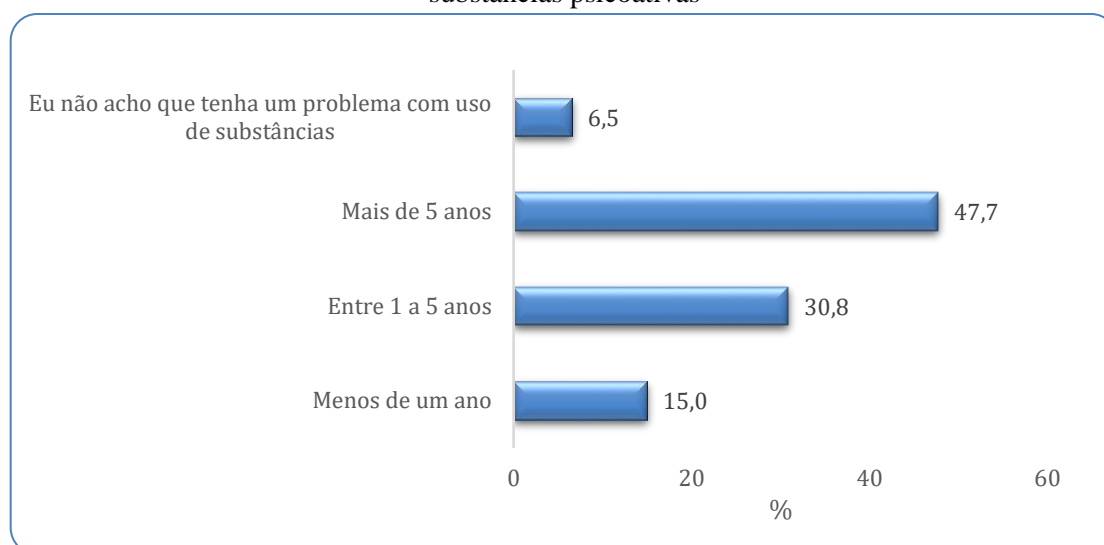
**Fonte:** elaborado pelo autor



#### 4.7 - Histórico de tratamentos

Os entrevistados foram submetidos às perguntas sobre sua percepção quanto aos problemas relacionados à dependência de substâncias psicoativas e, considerando-se adictos, há quanto tempo perceberam estar nessa condição. Conforme demonstrado no Gráfico 25, somente 6% relataram não acreditar ter problemas e aproximadamente 47% afirmaram possuir problemas por mais de 5 anos.

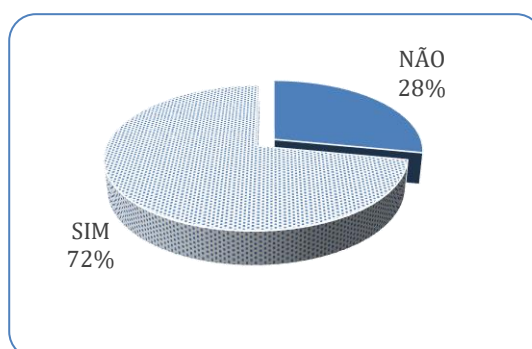
**Gráfico 25** -Tempo de percepção sobre problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas



**Fonte:** elaborado pelo autor

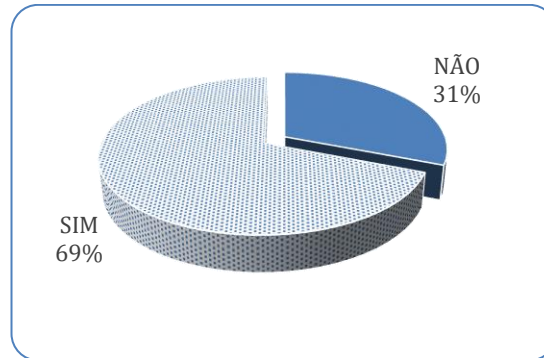
Os próximos gráficos demonstram que aproximadamente 70% já buscaram algum tipo de serviço especializado para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas.

**Gráfico 26** - Você já procurou algum serviço de tratamento para dependência química na vida?



**Fonte:** elaborado pelo autor

**Gráfico 26** -Você está procurando ajuda atualmente?

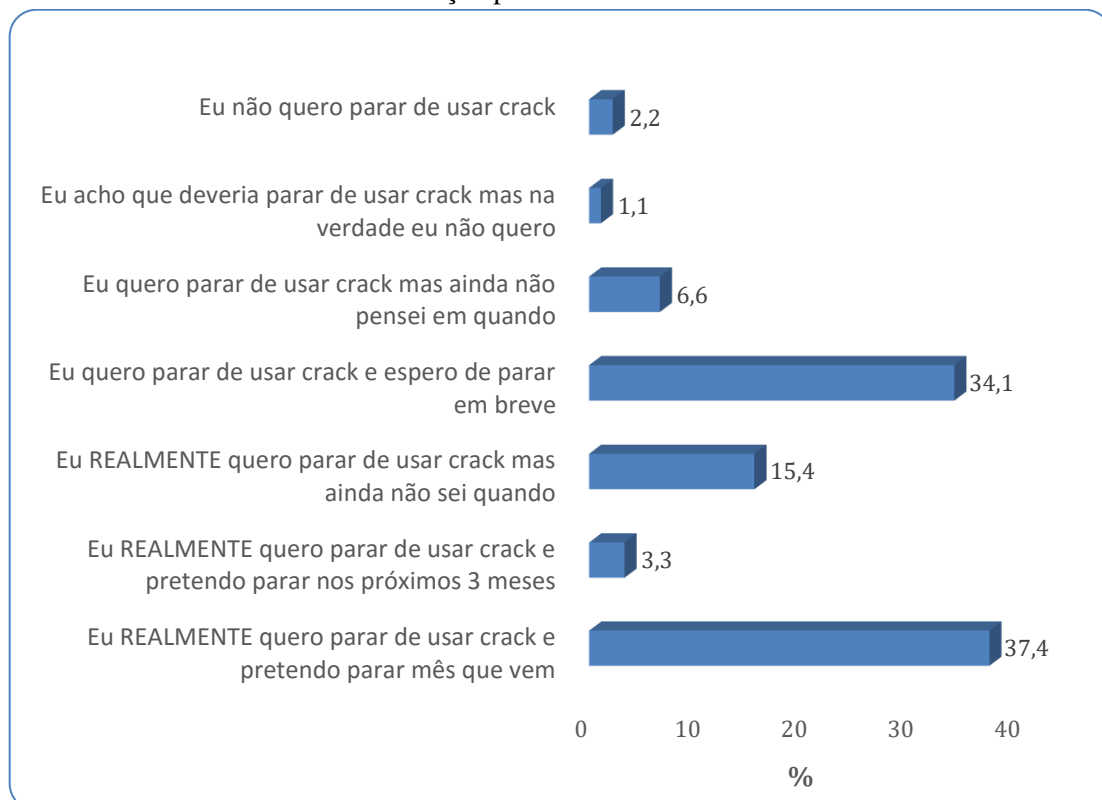


**Fonte:** elaborado pelo autor

#### 4.8 Motivação

O questionário também abordou motivação para cessar o consumo de crack, com a maioria (71%) dos entrevistados declarando o desejo para cessar o consumo de crack “em breve”. Somente 2% dos participantes declaram não pretender parar de usar crack.

**Gráfico 27** -Motivação para cessar o hábito de fumar crack



**Fonte:** elaborado pelo autor

## **5. Discussão**

Este estudo buscou estimar as dimensões da população que frequenta a “Cracolândia”, área conhecida pelo uso irrestrito e irreprimível de crack, no centro do município de São Paulo. Adicionalmente também buscou descrever o perfil sociodemográfico, o padrão do uso de crack e outras substâncias psicoativas, os históricos de saúde e tratamento, os indicadores de vulnerabilidade social, bem como estimar a motivação para cessar o consumo de crack entre usuários frequentadores da região.

O aumento do uso e abuso de substâncias psicoativas nas últimas décadas, tornou-se um problema social e de saúde pública demasiadamente complexo, que atinge homens e mulheres, sem discriminação de qualquer natureza, e desafia ações de enfrentamento em diversos países. No Brasil, em detrimento à diversificada cultura de consumo, assim como na maioria dos países em desenvolvimento, o uso de drogas é estigmatizado, marginalizado e associado à violência, principalmente quando há fatores socioeconômicos desfavoráveis e que remetem à condição de extrema pobreza como problemas de moradia, baixa escolarização e desemprego. Essa associação é reconhecida e atribuída às comunidades carentes e aos indivíduos em situação de rua (Adorno, 2011).

### **5.1 Estimativa de frequentadores do Quadrante Helvética**

A metodologia de contagem utilizada para estimar o número de frequentadores da região, foi aplicada no Quadrante Helvética, aferindo média de 709 pessoas em circulação. Embora tenha sido a primeira vez que uma contagem real, seguindo uma metodologia de amostragem por tempo e espaço foi realizada nesta região, o número estimado não está em acordo com estimativas realizadas anteriormente, onde foi referido o quantitativo de 500 residentes e 2000 visitantes (Ribeiro, et al., 2016). Cabe ressaltar a importância de tornar este procedimento de contagem uma prática regular para possibilitar o monitoramento da Cracolândia ao longo do tempo, o que permitirá a obtenção de preditores de fluxo contingencial e ainda poderá servir como um indicador de efetividade dos serviços disponíveis na região.

## **5.2 Perfil sociodemográfico**

A análise dos dados sociodemográficos demonstrou que a população estudada é composta em sua maioria por homens com idade média de 34,5 anos, com baixa escolaridade e, na sua maioria, desempregados. Como esperado, mais da metade dos usuários referiram estar em situação de rua, com menos da metade deles referindo utilizar algum tipo de abrigo, como albergues, pensões ou hotéis. Observa-se que mais de um terço dos usuários vem de outros Estados da Federação, com quase 2% de estrangeiros vivendo nesta região. Tais achados refletem um perfil sociodemográfico de extrema vulnerabilidade social e as prevalências encontradas estão alinhadas com recente pesquisa nacional sobre uso de crack, coordenada e realizada pela Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ (Bastos & Bertoni, 2014).

Identificou-se que mais de um terço dos entrevistados encontram-se de 2 a 5 anos sem atividades laborativas. Tal resultado é corroborado por diversos estudos entre usuários de crack (Duailibi, Ribeiro, & Laranjeira, 2008). Tal evidência destaca a importância da implementação de estratégias de reabilitação vocacional e capacitação profissional na trajetória de tratamento (Sakiyama, Ribeiro, & Padin, 2012). Constatou-se também que 2 em cada 10 participantes podem ser considerados moradores temporários, estando na região por um período de um a seis meses. Desta forma, cabe considerar que a transição para a rua antecede ao um período de idas e vindas entre o bairro domiciliar e as ruas do Centro, cada vez mais intensos e em conformidade à evolução da dependência pela droga (Raupp & Adorno, 2011). Todavia, cerca de 1/3 dos respondentes refere que a situação de rua precede o uso de drogas. Tal evidência sugere uma relação de mão dupla entre a severidade da dependência e a vulnerabilidade social extrema, onde, possivelmente, uma leva a outra sem a existência de fatores causais unilaterais e independentes.

## **5.3 Consumo de substâncias psicoativas**

Atualmente, o Brasil é considerado o segundo maior consumidor de cocaína aspirada do mundo e possivelmente o maior mercado consumidor de crack do mundo, com uma estimativa de aproximadamente um milhão de usuários em todo território nacional. O possível aumento do consumo de crack no país parece estar na contramão em relação à

maioria dos países, que apresentam uma diminuição do consumo desta substância (Laranjeira, et al., 2014).

Os resultados do presente estudo, se comparados às recentes pesquisas nacionais, confirmam a precocidade de experimentação na vida e início de uso. A idade média de iniciação do consumo de drogas lícitas como álcool e tabaco foi de 15 anos, já para drogas ilícitas como o crack, a cocaína e a maconha o uso constatado teve início aos 19 anos de idade. Como esperado, a alta prevalência do consumo de crack no último ano é destacada.

Cabe aqui destacar a prevalência de 9% de usuários de heroína (injetada e fumada). A princípio este achado é inédito, uma vez que, até então, não existiam evidências da presença de consumo de heroína no país (Laranjeira, et al., 2014). Cabe mencionar que existem relatos de que a droga havia sido inicialmente trazida para a região da Cracolândia através de um grupo de imigrantes do sudeste sul-africano – tal informação, contudo, é advinda de fontes não-convencionais. Levando em consideração o recente fenômeno de mortes por overdose causadas pelo Fentanil (fármaco do grupo dos opióides) em diversos países (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016), (Rudd, Aleshire, Zibbell, & Gladden, 2016), (Uusküla, et al., 2015), (Mounteney, Giraudon, Denissov, & Griffiths, 2015), pressupõe-se a possibilidade de ser essa droga presente na região, em vez da heroína, uma vez que o influxo de imigrantes cessou e o consumo da substância permanece. Todavia, até então não existem evidências para tal suposição e estudos mais aprofundados se fazem necessários para o entendimento deste novo fenômeno nesta região.

No atual cenário do consumo de substâncias psicoativas, segundo o Instituto Americano em Abuso de Drogas – NIDA (National Institute on Drug Abuse, 2012), devemos nos atentar para as rápidas e constantes criações de novas drogas “CLUB DRUGS”, que apresentam constantes modificações em suas fórmulas e que, na maioria das vezes, seus usuários; principalmente os de metanfetamina; não conseguem saber com segurança o que de fato estão a consumir, quanto ao tipo ou quantidade das substâncias ingeridas, podendo assim se tornarem vítimas de overdose. Aproximadamente 3% dos entrevistados além do uso de cocaína/crack, fazem uso do chamado “cristal” (metanfetamina, ou qualquer estimulante em pedra/cristal que não seja o crack) ou ainda 19% que declararam consumir “ecstasy” (comumente apresentada como metilenodioximetanfetamina - MDMA). Pode-se constatar, no entanto, que os usuários

destes tipos de substâncias geralmente são jovens e universitários, o que difere do perfil da população estudado no presente estudo.

Destaca-se neste estudo a dificuldade de avaliar o padrão de uso de substâncias e riscos associados nesta população. Pode-se dizer que os comportamentos e sintomas presentes nesses usuários estão além dos indicadores de consumo e de dependência normalmente utilizados para estudos populacionais. Da mesma forma se torna um desafio avaliar adequadamente a quantidade de droga consumida e o grau de exposição a riscos nessa população específica. Como um indicador de padrão de consumo de alto risco, optou-se por perguntar, genericamente, a ocorrência de overdose, que foi descrita como sendo um possível “desmaio ou necessidade de ajuda médica devido ao uso de uma quantidade maior que o usual”. Tal evento foi relatado por quase um terço da amostra entrevistada. Embora tal ocorrência não indique, necessariamente uma overdose *per se*, pode-se especular que sua ocorrência seja um indicador de padrão de uso de alto risco, e se faz presente em uma porção considerável de usuários da região.

#### **5.4 Saúde e comportamento de risco**

Primeiramente, é importante destacar o desafio de avaliar o real impacto do consumo na saúde entre uma população que se apresenta no extremo da curva da severidade da dependência de substâncias psicoativas e de vulnerabilidade social. Destaca-se que mais de 13% da amostra confirmou possuir algum tipo de deficiência física.

Sobretudo destaca-se a população feminina: os resultados apontam que 17% dos usuários da região são mulheres. As mulheres usuárias, ainda que em menor número, possuem serviço de saúde específico na Cracolândia, com a implantação do programa de planejamento familiar e atenção à saúde da mulher “Projeto Gravius” (Malavasi, Sakamoto, & Gebrim, 2014). Todavia, mais de um terço da amostra feminina afirmou já ter tido problemas em gestações anteriores, atribuídos ao consumo de drogas, tais como o nascimento de filhos com baixo peso, ocorrência de morte prematura e aborto. Menos de 2 a cada 10 mulheres estavam grávidas durante o período da coleta de dados, a maioria ainda no primeiro mês de gestação. Um terço das gestantes referiu já ter feito algum acompanhamento pré-natal. Tais achados mostram a importância do aumento dos serviços de atenção às gestantes e destaca-se a carência de estratégias eficazes de anticoncepção. Iniciativas já foram implementadas anteriormente com o oferecimento de implantes (Sakamoto, et al., 2015), todavia essa ação foi interrompida uma vez que

houve repetidos casos (até então não documentados cientificamente) de automutilação induzida pelos implantes.

Os índices de contaminação com relato de testagem de doenças infectocontagiosas foram: 3,7% e 5,6% para hepatites B e C, 5,6% para HIV e 11,2% e 20,6% para tuberculose e sífilis respectivamente. Destaca-se que a maioria dos respondentes positivos para qualquer uma dessas doenças, informou ter realizado tratamento. Os resultados supracitados se assemelham a estudos prévios (Limberger , Nascimento, Nascimento, Schneider, & Andretta, 2016) que caracterizam os usuários de crack como mais vulneráveis para a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis e também como sendo o grupo com a maior taxa de mortalidade para tais doenças.

Sabe-se que as precárias condições sanitárias e ambientais da Cracolândia, especialmente no que diz respeito à situação de rua, favorecem a prevalência de doenças infecto contagiosas, sejam elas por meio de comportamento sexual de risco ou pelo uso de drogas injetáveis. De fato, os dados aqui coletados apontam para uma alta prevalência da prática do sexo sem proteção bem como de prostituição entre os usuários entrevistados, que chegou a quase 50% da amostra, com mais de 15% tendo ocorrido no último mês.

Um corpo robusto de estudos mostra evidências de que o consumo de crack está associado com o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos diversos (Paim Kessler, et al., 2012), (Haasen, et al., 2005). Entre os achados deste estudo, observa-se que um terço dos participantes apresentam sintomas indicativos de psicose (presentes sem o efeito da droga). Adicionalmente investigou-se risco de suicídio, uma vez que evidências apontam que usuários acometidos por comorbidades psiquiátricas podem ter o risco de suicídio aumentado em até dez vezes (Ribeiro & Lima, Mortalidade entre usuários de crack, 2012). Os achados deste estudo confirmam esta evidência, ou seja, mais da metade da amostra já teve ideação suicida e mais de um terço referindo tentativa.

A presença de complicadores sociais e de justiça também é comum para a população usuária de crack que, motivada por diversos fatores sociais, especialmente a falta de renda, acaba praticando atividades ilícitas para financiar o próprio consumo (Guimarães, Santos, Freitas, & Araujo, 2008). Os dados coletados apontam que mais da metade da amostra entrevistada referiu a ocorrência de pelo menos um episódio de prisão (penal, processual, provisória e afins) e/ou detenção policial.

O impacto dos serviços de saúde existentes na região da Cracolândia foi identificado nos resultados obtidos em que a maioria da amostra estudada afirma ter realizado alguma avaliação de saúde: mais de 40% destes foram avaliados no Centro de Referência em Álcool, Tabaco e Outras Drogas – CRATOD e/ou na Unidade Recomeço Helvétia. Em relação à dependência de substâncias psicoativas, 70% dos entrevistados relataram já ter buscado ajuda para ingresso a tratamento especializado.

### **5.5 Vulnerabilidade e suporte social**

A população de usuários de substâncias psicoativas geralmente apresenta situação de vulnerabilidade severa e ausência de suporte sociofamiliar. Mas além destes fatores que se caracterizam em grande sofrimento social, tal população também sofre com o preconceito e a rotulação pejorativa que permeiam a dependência química, especialmente no campo do trabalho e dos direitos de cidadania (Siqueira, et al., 2015), fomentando ainda mais à condição de exclusão social.

Embora já existam iniciativas que visam minimizar a ausência de moradia e desemprego da população presente na Cracolândia, tais como o Programa “De Braços Abertos” (Rui, Fiore, & Tofoli, 2016) e a moradia monitorada e os cursos de capacitação oferecidos pelo Programa Recomeço, há ainda a necessidade de aprimoramento e ampliação destes serviços. Acredita-se que estratégias bem articuladas de reinserção social, estejam entre os elementos mais essenciais para atender a essa demanda, que é problematizada pela ausência de suporte social adequado. Tais estratégias devem propiciar o alcance do convívio social livre do consumo de substâncias psicoativas e de estigmas marginalizantes.

Foi constatado que um terço dos entrevistados relata frequentar a região da Cracolândia por pelo menos cinco anos e, curiosamente, 8% da amostra entrevistada referiu preferir estar em situação de rua. O entendimento dessa “posição” relatada por uma pequena proporção de usuários é desafiador. Todavia especula-se que tal postura possa estar associada à severidade da dependência, uma vez que a maioria dos abrigos e albergues não permite o consumo. Esta “posição” também por estar associada com a existência de comorbidades psiquiátricas importantes. Não é do conhecimento dos autores desta pesquisa a existência de estudos científicos que exploraram essa questão de forma a melhor elucidar este achado. Seria adequado que análises mais aprofundadas desta



parcela da amostra fossem realizadas para um melhor entendimento dos fatores associados a esta postura peculiar.

Quando questionados a respeito da sua rede de suporte social, observou-se que um terço da amostra relatou não possuir alguém com quem contar em uma situação de emergência. Entre aqueles que colocaram possuir apoio, pouco mais da metade mencionou a família e 24% referiu contar com os profissionais da saúde presentes nesta região. É esperado que a rede de suporte social destes indivíduos seja frágil, tendo em vista a predominância de relações socioafetivas desestruturadas e desgastadas pelas consequências do uso nocivo de drogas. Tais resultados apontam para a importância do papel dos serviços prestados na região como referência social e afetiva, sendo, possivelmente, o único fator de proteção desta população.

A plena reabilitação social e de saúde do indivíduo, apesar de depender em grande parte, de seus próprios recursos, deve levar em conta a contribuição de estratégias de reinserção como o ingresso aos grupos de ajuda mútua, oficinas de sensibilização para o enfrentamento das drogas, participação ativa de centros comunitários ou religiosos e cursos de capacitação profissional que apoiem a reconstrução da relação do usuário com as drogas e com a sociedade, principalmente aqueles que recebem alta de unidades hospitalares especializadas, comunidades terapêuticas e ainda indivíduos que recebem atendimento ambulatorial nos de Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas – CAPS AD.

## **5.6 Motivação para cessar o consumo de crack**

O presente estudo realizou uma avaliação quanto à motivação para cessar o consumo de crack a partir da utilização de uma escala adaptada referente ao consumo de tabaco (INPAD, 2014). Os resultados mostram que mais de 70% dos entrevistados declararam possuir o desejo de cessar o consumo de crack em breve, ou no mês subsequente ao da realização da coleta de dados. De fato, observou-se que a maior parte dos dependentes de substâncias psicoativas que frequentam a Cracolândia buscaram, em algum momento, algum tipo de apoio para cessação do uso. Sabe-se que os serviços disponíveis nos programas sociais e de saúde da região oferecem não só tratamento especializado, mas também espaço seguro para cuidados da higiene pessoal, alimentação e uma série de atividades de promoção de saúde, que não pressupõem a abstinência como uma condição para sua utilização. Alguns desses serviços também

oferecem o acesso à educação regular e profissionalizante, até mesmo com a possibilidade de renda com emprego formal (Cortella, Silva, & Sant'Ana, 2015).

Tendo em vista que a maior parte da amostra estudada apresentou um índice considerável de motivação para cessação, combinado ao fato da não utilização dos serviços disponíveis na região, pressupõe-se a existência de uma ambivalência para entender o objetivo de tais serviços. Os usuários possivelmente encontram-se no estágio contemplativo de motivação para tratamento, conforme teoria do modelo de mudança do comportamento proposta por Prochaska e Di Clemente (SzupszynskiI & Oliveira, 2008).

Tal possibilidade implicaria na falta de elementos de transição para o alcance do estágio de ação e prontidão dos indivíduos em direção ao tratamento e a recuperação. Adicionalmente, observa-se que entre os que possuem tal iniciativa, o desafio encontra-se na manutenção da abstinência após o tratamento (Horta, Horta, Rosset, & Horta, 2011), (Marques, Ribeiro, Laranjeira, & Andrada, 2012).

A necessidade de tratamento, na maioria das vezes, é determinada pelo grau de envolvimento do usuário com a droga e quando este percebe claramente os prejuízos em vários aspectos de sua vida (Gabatz, et al., 2013). Espera-se, a priori, que os serviços oferecidos na região da Cracolândia atuem como fatores de proteção. Todavia, paradoxalmente, especula-se que estes também possam tornar-se um fator facilitador para a permanência dos egressos de outros bairros, cidades, estados e países. Com a adesão à cultura das drogas, tão comum nos grupos que estão naquele perímetro, eles passam a encontrar, adquirir e consumir com mais facilidade, tendo à sua disposição serviços que são entendidos como provedores de suas necessidades básicas e essenciais para sobrevivência na região.

## **5.7 Limitações**

O presente estudo possui algumas limitações que devem ser descritas. Inicialmente destaca-se que para algumas variáveis utilizou-se de perguntas retrospectivas. Entende-se que exista a possibilidade de um viés de memória, uma vez que os usuários de crack são mais suscetíveis ao comprometimento de suas funções cognitivas. Além disso, é necessário mencionar que por condições climáticas adversas durante o período de coleta de dados, houve o cancelamento de dois períodos de contagem que, por meio de randomização, foram realizados em data posterior ao último dia de contagem previsto

inicialmente. Também cabe destacar que nesta pesquisa não foi contemplado o estado civil dos participantes, dado esse que poderia ser relevante para indicar influências dos aspectos socioafetivos em relação ao consumo de substâncias psicoativas. Em relação aos aspectos positivos, salientamos que a colaboração dos Conselheiros da equipe do Programa Recomeço (Tenda Helvétia), com vínculos formados e familiarização com os frequentadores da região, possibilitou a aplicação da metodologia de contagem, agindo também como facilitadores no ato da abordagem de indivíduos para a realização da coleta de dados, resultando em um índice de recusas muito abaixo do esperado (4,6%).

## **6. Considerações finais**

É possível afirmar-se que, embora haja iniciativas pontuais, existe no Brasil uma carência de ações governamentais para o desenvolvimento de políticas públicas mais eficazes para o enfrentamento ao crack - tanto no que tange ao combate da oferta quanto da demanda.

Podemos considerar o cenário observado na Cracolândia paulistana como sendo a consequência extrema de uma série de lacunas, que envolvem não só limitações quanto à falta de políticas e programas mais eficazes, mas também um contexto social típico de países em desenvolvimento. Este cenário extremo é caracterizado pelo domínio e hegemonia do tráfico de drogas, que condiciona a organicidade de convívio entre seus frequentadores e o comércio local a um código de conduta moral deturpado e corrosivo, por meio da imposição da prática de atividades ilícitas, que favorecem os propósitos e manutenção de tal crime, do modo mais danoso possível.

Entender de forma aprofundada esse contexto por meio de estudos que elucidem ainda mais suas dimensões, o perfil sociodemográfico dos usuários de drogas frequentadores bem como os principais fatores de risco para o agravamento da dependência química e a não adesão aos serviços disponíveis é relevante para estabelecer a oferta de serviços mais adequados. Os achados aqui descritos podem ser utilizados para encorajar a implementação de estratégias de tratamento e reinserção social mais eficazes e livres de *double sense* em relação aos seus objetivos (especialmente por parte dos usuários em situação de rua), primando pela minimização e/ ou eliminação de comportamentos de risco, contenção ou redução do consumo de substâncias psicoativas e de seus danos biopsicossociais.

Por fim, destaca-se a necessidade de que sejam propostos novos modelos de políticas públicas que deem maior enfoque para a reinserção social nos contextos terapêuticos da dependência química, por meio de serviços estrategicamente alinhados às necessidades de populações específicas como a observada na Cracolândia de São Paulo.

## 7. Agradecimentos

Agradeço a esta universidade, corpo docente, direção e administração que oportunizaram a continuidade da minha vida acadêmica e, especialmente à minha orientadora Prof<sup>ª</sup> Dra. Clarice Sandi Madruga, pelo suporte e incentivo do início ao fim, no pouco tempo que lhe coube, um exemplo único de comprometimento e dedicação. Agradeço minhas colegas de estudo Cândida, Lays e Monica, aos profissionais da Tenda Recomeço e as pessoas da Cracolândia, pela acolhida, colaboração e confiança. Aos meus familiares e amigos, pelo amor e apoio incondicional. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação.

## 8. Referências

- Adorno, R. C. (2011). Atenção à saúde, direitos e o diagnóstico como ameaça: políticas públicas e. *Etnográfica [Online]*, 15(3). Acesso em 1 de Agosto de 2016, disponível em <http://etnografica.revues.org/1068>
- Bastos, F. I., & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa nacional sobre o uso de crack. Quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil?* Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ. Acesso em 7 de Agosto de 2016, disponível em <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>
- Cortella, F. J., Silva, A. C., & Sant'Ana, O. S. (2015). Programa Recomeço. *Panorama das Políticas sobre Drogas no Estado de São Paulo*. (F. R. Arantes, Ed.) São Paulo, SP: Fundação do Desenvolvimento Administrativo (Fundap). Acesso em 26 de Agosto de 2016, disponível em <http://docslide.com.br/documents/cartilha-recomeco.html#>
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, Suppl 4 (545-557). Acesso em 1 de

- Agosto de 2016, disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001600007>
- Gabatz, R. I., Schmidt, A. L., Terra, M. G., Padoin, S. M., Silva, A. A., & Lacchini, A. J. (2013). Perception of crack users in relation to use and treatment. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34(1), 140-146. Acesso em 18 de Agosto de 2016, disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000100018>
- Global Drug Survey. (2015). The Global Drug Survey. *What did we learn from GDS2015? An overview of our key findings*. London. Acesso em 16 de Agosto de 2016, disponível em <https://www.globaldrugsurvey.com/the-global-drug-survey-2015-findings/>
- Guimarães, C. F., Santos, D. V., Freitas, R. C., & Araujo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(2), 101-108. Acesso em 9 de Agosto de 2016, disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082008000300005>
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M., Fischer, G., Casas, M., & AND THE COCAINEEU-TEAM. (2005). Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. *World Psychiatry*, 4(3), 173–176. Acesso em 18 de Agosto de 2016, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414771/?report=classic>.
- Horta, R. L., Horta, B. L., Rosset, A. P., & Horta, C. L. (2011). Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(11), 2263-2270. Acesso em 20 de Agosto de 2016, disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001100019>
- Laranjeira, R., Supervisão, Madruga, C. S., Pinsky, I., Caetano, R., & Mitsuhiro, S. S. (2014). *II LENAD - Levantamento Nacional de Álcool e Drogas*. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, São Paulo. Acesso em 31 de Julho de 2016, disponível em <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>
- Limberger, J., Nascimento, R. S., Nascimento, R. d., Schneider, J. A., & Andretta, I. (2016). Women users of crack: systematic review of Brazilian literature. *Jornal*

- Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 82-88. Acesso em 01 de Agosto de 2016, disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000107>
- Malavasi, A., Sakamoto, L., & Gebrim, L. (2014). Projeto Gravius. *Tendências e Debates. Folha de São Paulo*, 3 de setembro de 2014. Acesso em 18 de Agosto de 2016, disponível em <http://www1.folha.uol.com.br/opiniaio/2014/09/1509769-andre-malavasi-luis-sakamoto-e-luiz-gebrim-projeto-gravius.shtml>
- Marques, A. C., Ribeiro, M., Laranjeira, R. R., & Andrada, N. C. (2012). Abuso e dependência: crack. *Rev Assoc Med Bras*, 58(2), 141-53. Acesso em 2016 de Agosto de 08, disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0104423012704876>
- Mounteney, J., Giraudon, I., Denissov, G., & Griffiths, P. (2015). Fentanyl: Are we missing the signs? Highly potent and on the rise in Europe. *International Journal of Drug Policy*, 26(7), 626-631. Acesso em 18 de Agosto de 2016, disponível em [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(15\)00097-3/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(15)00097-3/abstract)
- National Institute on Drug Abuse. (2012). Club Drugs. Acesso em 2016 de Agosto de 2016, disponível em <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/club-drugs>
- Paim Kessler, F. H., Barbosa Terra, M., Faller, S., Ravy Stolf, A., Peuker, A. C., Benzano, D., . . . Pechansky, F. (2012). Crack Users Show High Rates of Antisocial Personality Disorder, Engagement in Illegal Activities and Other Psychosocial Problems. *The American Journal on Addictions*, 21(4), 370–380. Fonte: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1521-0391.2012.00245.x>
- Perrenoud, L. O., & Ribeiro, M. (2012). Histórico de crack no Brasil e no mundo. Em M. Ribeiro, R. Laranjeira, & Organizadores, *O Tratamento do Usuário de Crack* (2ª ed., pp. 33-38). Porto Alegre: Artmed.
- Raupp, L., & Adorno, R. (2011). Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2613-2622. Acesso em 3 de Agosto de 2016, disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500031>
- Resolução Conjunta SJDC/SEDS/SES 2. (29 de 11 de 2013). Dispõe sobre as diretrizes e normas operacionais do Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, instituído pelo Decreto Estadual 59.164, de 9 de maio de 2013, alterado pelo Decreto Estadual 59.684, de 30-10-2013.

*Diário Oficial do Estado de São Paulo - Poder Executivo, Seção 01*(Nº 226), p. 46.

Resolução SS nº 123. (22 de 11 de 2013). Anexos Técnicos - que descrevem a estrutura e o funcionamento do Projeto Helvétia. *Diário Oficial do Estado de São Paulo - Poder Executivo, Seção 01*(Nº 221), pp. 7-13. Acesso em 18 de Agosto de 2016, disponível em [ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2013/iels.nov.13/Iels222/E\\_R-SS-123\\_221113.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2013/iels.nov.13/Iels222/E_R-SS-123_221113.pdf)

Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2012). *O Tratamento do Usuário de Crack* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Ribeiro, M., Dualibi, S., Frajzinger, R., Marcheti, L., Alonso, A. S., Anna, W. V., . . . Laranjeira, R. (2016). The Brazilian ‘Cracolândia’ open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. *Addiction, 111*(4), 571-573, doi: 10.1111/add.13151. Acesso em 5 de Agosto de 2016, disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/add.13151>

Ribeiro, M. (2010). O crack em São Paulo: histórico e perspectiva. *Debates Psiquiatria Hoje, Ano 2*(Nº 3), 8-11. Acesso em 07 de Agosto de 2016, disponível em [http://www.abp.org.br/download/PSQDebates\\_9\\_MaioJun\\_light.pdf](http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_9_MaioJun_light.pdf)

Ribeiro, M., & Lima, L. P. (2012). Mortalidade entre usuários de crack. Em M. Ribeiro, R. Laranjeira, & Organizadores, *O tratamento do usuário de crack* (2ª ed., pp. 92-107). Porto Alegre: Artmed.

Rudd, R. A., Aleshire, N., Zibbell, J. E., & Gladden, R. (2016). Increases in Drug and Opioid Overdose Deaths — United States, 2000–2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep, 64*(50), 1378-82. Acesso em 18 de Agosto de 2016, disponível em <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6450a3.htm>

Rui, T., Fiore, M., & Tofoli, L. F. (2016). *Relatório da Pesquisa de Avaliação Preliminar do Programa “De Braços Abertos”*. Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM), São Paulo. Acesso em 22 de Julho de 2016, disponível em <http://pbpd.org.br/wordpress/wp-content/uploads/2016/07/Pesquisa-De-Braços-Abertos-1-1.pdf>

Sakamoto, L. C., Malavasi, A. L., Karasin, A. L., Frajzinger, R. C., Araújo, M. M., & Gebrim, L. H. (2015). Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia. *Reprodução & Climatério, 30*(3ª),

- 102-107. Acesso em 18 de Agosto de 2016, disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2015.09.005>
- Sakiyama, H. M., Ribeiro, M., & Padin, M. F. (2012). Prevenção de recaída e treinamento de habilidades sociais. Em M. Ribeiro, R. Laranjeira, & Organizadores, *O tratamento do usuário de crack* (2ª ed., pp. 357-366). Porto Alegre: Artmed.
- Santos, R. M. (1997). *Prevenção de Droga Na Escola* (2ª ed.). Papyrus Editora.
- Siqueira, D. F., Backes, D. S., Moreschi, C., Terra, M. G., Soccol, K. L., & Souto, V. T. (2015). Social reintegration of crack addicts: actions taken by the family. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(2), 548-553. Acesso em 18 de Agosto de 2016, disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015001332014>
- Szupszynski, K. P., & Oliveira, M. d. (2008). O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: teoria e prática*, 10(1), 162-173. Acesso em 2016 de Agosto de 20, disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872008000100012&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872008000100012&nrm=iso)
- Uchôa, M. A. (1996). *Crack: o caminho das pedras* (2 ed.). São Paulo: Editora Atica.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *World Drug Report*. United Nations Office on Drugs and Crime. New York, Viena: United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7. Acesso em 14 de Agosto de 2016, disponível em [http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD\\_DRUG\\_REPORT\\_2016\\_web.pdf](http://www.unodc.org/doc/wdr2016/WORLD_DRUG_REPORT_2016_web.pdf)
- Uusküla, A., Raag, M., Vorobjov, S., Rüütel, K., Lyubimova, A., Levina, O. S., & Heimer, R. (2015). Non-fatal overdoses and related risk factors among people who inject drugs in St. Petersburg, Russia and Kohtla-Järve, Estonia. *BMC Public Health*, 15, 1255. Acesso em 18 de Agosto de 2016, disponível em <http://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2604-6>
- Wagner, J., & Lee, S. (2014). Sampling Rare Populations. Em T. P. Johnson, & T. P. Johnson (Ed.), *Handbook of Health Survey Methods* (1ª ed., pp. 77-104). John Wiley & Sons, Inc. Acesso em 1 de Agosto de 2016, disponível em <http://dx.doi.org/10.1002/9781118594629.ch4>
- Ward, J., Shane, D., & Hall, W. (1990). *The HIV Risk-taking Behaviour Scale (HRBS) Manual*. Technical Report Number 10, National Drug and Alcohol Research



Centre, Department of Health and Community Services (Commonwealth AIDS Research Grants). Acesso em 2016 de Agosto de 2016, disponível em <https://ndarc.med.unsw.edu.au/resource/hiv-risk-taking-behaviour-scale-hrbs-manual>

## **9. Anexos**

### **Apêndice 1**

Instrumento – Questionário para coleta de dados.

### **Anexo 1**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

### **Anexo 2**

Autorização para uso dos dados coletados no presente estudo.

**Apêndice 1** - Instrumento – Questionário para coleta de dados.

Participante Nº \_\_\_\_\_ Nome Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



### Estudo: Perfil Dos Usuários Tenda Recomeço

Após ler o consentimento livre e esclarecido o entrevistador deverá ler claramente cada pergunta e as alternativas de respostas para o paciente, se necessário repita lendo novamente. Marque com um "X" a direita da resposta indicada. Grampeie as folhas do questionário.

Em qual serviço você está neste momento? *Colocar código 78 (Tenda Recomeço)*

Q1 Sexo:

1	Masculino	
2	Feminino	
3	Transsexual	

Q2. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_ anos

Q3. Qual o seu grau de instrução?

0	Nunca estudei	
1	Ensino Fundamental/Primário Incompleto	
2	Ensino Fundamental/Primário Completo	
3	Ensino Médio/Segundo grau Incompleto	

4	Ensino Médio/Segundo grau Completo	
5	Ensino Técnico ou Faculdade Incompleto	
6	Ensino Técnico ou Faculdade Completo	

Q4. Você trabalha atualmente?

0	NÃO	
1	SIM	

Q5. (Se não) Há quanto tempo você não trabalha (formal ou informalmente)?

1	Menos de um mês	
2	De 1 a 6 meses	
3	De 6 meses a 1 ano	

4	De 1 a 2 anos	
5	De 2 a 3 anos	
6	3 anos ou mais	

Q6. (Se sim) Qual a sua renda?

0	Não tenho renda	
1	Até 1 salário mínimo	
2	De 1 a 2 salários mínimos	

3	De 2 a 3 salários mínimos	
4	3 ou mais salários mínimos	
5	Recebo benefício do governo	

Q7. Você é de São Paulo?

1	Sim	
2	Não, vim de outra cidade do interior de SP	

3	Não vim de outro estado	
4	Não, vim de outro país.	

Q8. Há quanto tempo você está frequente a região da Cracolândia?

1	Menos de um mês	
2	De 1 a 6 meses	
3	De 6 meses a 1 ano	

4	De 1 a 2 anos	
5	De 2 a 3 anos	
6	3 anos ou mais	

Q9. Como você define a sua moradia no momento?

1	Moro em casa com a família	
2	Moro em casa com outros	
3	Moro na rua	

4	Vim de uma instituição de tratamento	
5	Vim de outra instituição	

Q10. (Se situação de rua) Você considera que está em situação de rua, quais das opções você se encaixa?

1	Duomo na rua	
2	Duomo em albergue/pernoite - vaga fixa	
3	Duomo em hotel	
4	Duomo em pensão	

Participante Nº \_\_\_\_\_ Nome Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Q11. (Se situação de rua) Quanto tempo você se encontra nessa situação?

1	Menos de um mês		4	De 1 a 2 anos	
2	De 1 a 6 meses		5	De 2 a 5 anos	
3	De 6 meses a 1 ano		6	3 anos ou mais	

Q12. Você já esteve em situação de rua antes de consumir drogas?

0	NÃO	
1	SIM	

Q13. Você prefere ficar em situação de rua?

0	NÃO	
1	SIM	

Q14. Você tem filhos menores de idade?

0	NÃO	
1	SIM	

Q15. Quantos? Nº \_\_\_\_\_

Q16. Você tem alguma pessoa com que você pode contar em situações de emergência?

0	NÃO	
1	SIM	

Q17. (SE SIM) Com quem você poderia contar?

		Sim	Não
1	Pessoas em serviços na região da Cracolândia		
2	Outros serviços		
3	Família		
4	Conhecidos/amigos		

Q18. Você tem algum tipo de deficiência física?

0	NÃO	
1	SIM	

Q19. Já fez alguma avaliação de saúde?

0	Não		2	Sim, Hebreia	
1	Sim, no CRATO D		3	Sim, outro serviço	

Q20. Você vê ou ouve coisas que outras pessoas não conseguem ver ou ouvir?

0	NÃO	
1	SIM mas só sob o efeito de alguma droga	
2	SIM sem estar sob o efeito de alguma droga	

Q21. Já tomou remédio para isso?

0	NÃO	
1	SIM	

Q22. Há quanto tempo você acha que tem um problema com uso de drogas e/ou álcool?

1	Menos de um ano		4	Eu não acho que tenha um problema com uso de substâncias	
2	Entre 1 a 5 anos				
3	Mais de 5 anos				

Q23. Você está procurando ajuda?

0	NÃO	
1	SIM	

Participante Nº \_\_\_\_\_

Nome Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

		Q24. Na Vida		Q25. Hoje		Q26. Último Ano		Q27. Último Mês	
		Não	Sim			Não	Sim	Não	Sim
A	ÁLCOOL								
B	MACONHA								
C	CRACK								
D	COCAÍNA								
E	SKANK, HAX D'E (ou outra forma de maconha mais forte)								
F	ESTIMULANTES (Rebix, speed, remédios p/ emagrecer: Imibex, Hipofag in)								
G	CRISTAL (metamfetamina, ou qualquer estimulante em pedra/cristal que não seja o crack)								
H	ANESTÉSICOS (Ketamina, GHB, Boa Noite Cinderela)								
I	ECSTASY (bala, MDMA)								
J	ALUCINÓGENOS (LSD, Doce, Cogumelo, N-BOMe, Sto Deime, Ayahuasca)								
K	SOLVENTES (Buzina, Cola, Cheirinho, loó, Benzina, Lança)								
L	ANABOLIZANTES/ESTERÓIDES / SEM PRESCRIÇÃO (Neopordren, Anabolix, Parena bol, Anabol)								
M	TRANQUILIZANTES/SEDATIVOS/Sem PRESCRIÇÃO (Diazepam, Valium, Lexotan, Somalium, Rivotril)								
N	VIAGRA Sem PRESCRIÇÃO								
O	HEROÍNA INJETADA								
P	HEROÍNA FUMADA								
Q	TABACO/CIGARRO								
R	MESCLADO (Crack + Maconha)								
S	REMÉDIOS PARA DOR SEM PRESCRIÇÃO (Codeína, Morfina, Metadona, Rantanil, Tramal)								
T	OUTRO Qual?								

Q28. Você alguma vez já teve uma "overdose" de drogas? Ex: já desmaiou e precisou de ajuda médica após uma dose mais alta que o normal?

0	NÃO	
1	SIM	

Q29. Alguém da sua família (Mãe/Pai/Irmãos) faz ou já fez tratamento para Dependência Química?

0	NÃO	
1	SIM PARA ÁLCOOL	
2	SIM PARA DROGAS	

Q30. (Se Mulher) Você está grávida?

0	NÃO ou PULA Q32	
1	SIM	

>> Q31. Quantas semanas de gestação? N°

Q32. Está fazendo pré-natal?

0	NÃO	
1	SIM	

Q33. Você já teve problemas em gestações anteriores tais como:

1	Prematuro	
2	Abaixo do peso (2,5 Kg)	

3	Nasceu morreu em seguida	
4	Precisou ficar na UTI	

Participante Nº \_\_\_\_\_

Nome Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



3 | Aborto

"Você possui algum destes problemas de saúde?"

	a. Na vida		b. Último ano		c. Testou		d. Testou	
	Sim 1	Não 0	Sim 1	Não 0	Sim 1	Não 0	Sim 1	Não 0
Q34	Tuberculose							
Q35	HIV							
Q36	SIFILIS							
Q37	HEP B							
Q38	HEP C							

"Agora vou perguntar algumas informações que serão importantes para entender o seu caso e melhor encaminhá-lo. Todas as respostas são sigilosas"

	Na Vida		No Último Ano		No Último Mês	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Q39	Você utilizou drogas injetáveis?					
Q40	Você teve relação sexual sem preservativo?					
Q41	Você já trocou de parceiro por sexo?					
Q42	Você foi detido ou preso?					
Q43	Você já se machucou de propósito sem a intenção de se machucar? Se arranhou, cortou ou se envolveu em algum incidente com a intenção de se machucar?					
Q44	Você já pensou em tirar a própria vida?					
Q45	Você já tentou tirar a própria vida?					
Q46	Quantos parceiros sexuais você teve no último mês?	Q47. N?				

Q48. Você tem contato com a sua família atualmente?

0	NÃO	
1	SIM	

Q49. Você já procurou algum serviço de tratamento para dependência química na vida?

0	NÃO	
1	SIM	

Q50. AGORA EU VOU LER UMA LISTA DE AFIRMATIVAS, Você deve me dizer qual das seguintes alternativas melhor descreve você?

1	Eu REALMENTE quero parar de usar crack e pretendo parar mais que vem	
2	Eu REALMENTE quero parar de usar crack e pretendo parar nos próximos 3 meses	
3	Eu REALMENTE quero parar de usar crack mas ainda não sei quando	
4	Eu quero parar de usar crack e espero de parar em breve	
5	Eu quero parar de usar crack mas ainda não percei em quando	
6	Eu acho que deveria parar de usar crack mas na verdade eu não quero	
7	Eu não quero parar de usar crack	

**Agradecemos a participação e comunicamos que os resultados da pesquisa estarão disponíveis nos Serviços da Rede e Recomeço a partir de Fevereiro de 2017**

Participante Nº \_\_\_\_\_

Nome Entrevistador: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Observações do Entrevistador	E1. Após a entrevista o paciente foi encaminhado?		E2. O participante estava Intoxicado?	
	0	Não	0	Não
	1	Sim, Helvétia	1	Sim
	2	Sim, CRATOD		
	3	Sim, Outro. Qual? >>>		
	E3. TURNO DA ENTREVISTA		E4. DIA DA ENTREVISTA	
	1	Manhã	1	Segunda a quinta-feira
	2	Tarde	2	Sexta a Domingo
Instruções para o Entrevistador:	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ É de fundamental importância ler e obter a assinatura ou visto de autorização, que deve ser grampeado juntamente com o questionário completo.</li> <li>▪ A coleta deverá seguir a randomização dos horários rigorosamente</li> <li>▪ As entrevistas deverão ser realizadas face a face, de forma que outros não possam escutar as respostas do participante</li> <li>▪ Priorize o sigilo e a privacidade dos participantes</li> <li>▪ Cada participante deverá ser numerado e o número anotado em todas páginas –</li> <li>▪ NÃO ANOTAR NOMES</li> <li>▪ Dúvidas deverão ser encaminhadas para a professora orientadora da pesquisa : Prof. Clarice Madruga: clarice@uniad.org.br</li> </ul>			
OBSERVAÇÕES do Entrevistador:				

## Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Olá, eu sou \_\_\_\_\_, responsável pelo estudo descritivo sobre o "Perfil dos Usuários da Crescolândia" e convido você para participar como voluntário desta pesquisa, que pretende entender melhor as necessidades dos pacientes e de que forma a rede de assistência está sendo utilizada. Este conhecimento será importante para melhorar nosso serviço e aperfeiçoar o seu tratamento. Sua participação será responder, da forma mais honesta possível, um questionário que deve durar cerca de 10 minutos. Informamos que não poderemos oferecer qualquer compensação financeira pela sua participação.

É importante esclarecer que, caso você desista de colaborar, poderá cancelar sua participação a qualquer momento. Durante o período desta entrevista ou depois dela você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer esclarecimento, bastando para isso entrar em contato com algum dos pesquisadores responsáveis. Se você tiver qualquer consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP Rua Botucatu, 5721ª andar cj 14, (11) 5571-1062 FAX: 5539-7162 E-mail: ce.punifesp@unifesp.br.

Você tem garantido o seu direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação, pela sua decisão. Também esclarecemos que os pesquisadores responsáveis por essa pesquisa não têm qualquer poder de decisão quanto ao percurso do seu tratamento.

Salientamos que as informações dadas para a realização desta pesquisa serão anônimas, confidenciais e sigilosas, o conjunto dos resultados serão analisados como um todo e informações pessoais jamais serão divulgadas, não havendo nenhum tipo de identificação dos participantes. Seu sigilo sempre será assegurado.

Assinatura do responsável pelo estudo  
Profa. Dra. Clarice Sandi Madruga  
Contato: (11) 50843001

Assinatura do Diretor do Curso  
Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira  
Contato: (11) 50843001

Em nome da Universidade Federal de São Paulo, gostaria de agradecer a sua contribuição para o estudo.

Em caso de dúvida contatar Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAAD)  
Poliqulita UNIFESP - Rua Borges Lagoa 570/52 - Vila Clementino - SP  
Fone: (11) 50843001

Cópia da Participação  
Pag. 1/2

**Anexo 2 - Autorização para uso dos dados coletados no presente estudo.**



## **AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, acredito estar suficientemente informado, ficando claro para mim que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa e dos procedimentos de coleta de dados e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto expesso minha concordância de espontânea vontade em participar deste estudo.

*Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste voluntário para a participação neste estudo.*

---

Assinatura do voluntário ou de seu representante legal

---

Assinatura de uma testemunha

---

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE (pesquisador)

Em caso de dúvida contatar Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD)  
Psiquiatria UNIFESP: Rua Borges Lagoa 570/82 – Vila Clementino - SP  
Fone: (11) 50 8430 01

Cópia do Entrevistador  
Pág 2/2