

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

Autores: Rodrigues, L.A.S.; Silva, C.N.G.; Rabelo, M.S. e Silva, P.R.

Orientação: Clarice S Madruga, PhD

Coordenação do Curso: Marcelo Ribeiro, PhD

**Curso de Especialização em Dependência Química da Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas - UNIAD) / Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, SP - Brasil**

Contato: [layssantos1978@gmail.com](mailto:layssantos1978@gmail.com)

## **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; Vulnerabilidade; Perfil; Social; Demográfico.

## **Abstract**

This study aims to describe the dimensions of "Cracolândia" - located in the Luz neighborhood, in the city of São Paulo - from its sociodemographic profile, the pattern of crack use and other psychoactive substances, health and treatment histories, social vulnerability indicators, in addition to estimating the motivation to stop the use of crack among users who frequent the region. This is a quantitative cross-sectional observational study, based on the "Time / Location" methodology for sample selection. Following the delimitation of the "Helvetia Quadrant" sampling site, times and days for the counts and interviews (Primary Sampling Unit) were randomized, which were individual and lasted on average 10 minutes. The results reflected the expected sociodemographic profile, mostly men, with low schooling, unemployed and in the street. Half of the sample reported having performed at least one health assessment: 5.7%, 21.5% and 12.4% of participants reported having had and treated HIV, Syphilis

and Tuberculosis respectively. Most respondents reported that they had sought help to treat substance dependence, and 71.4% reported that they wished to stop using crack cocaine. The findings show the importance of further assessments that identify the main demands of this population in a state of extreme physical and social vulnerability. As an unpublished study in Brazil, it is important to highlight the importance of deepening the descriptive analysis for the investigation of the factors associated with this context. Understanding the user profile of drug users who do not seek care is essential to designing more effective treatment strategies.

**Keywords:** Cracolândia; Crack; Vulnerability; Profile; Social; Demographic.

## 1. Introdução

O “crack”, cujo nome em inglês, deriva do seu barulho peculiar ao ser consumido (Santos, 1997), tem sua origem nos Estados Unidos, nos anos 1980 (Perrenoud & Ribeiro, 2012). A substância é considerada uma forma impura de cocaína, apresentada em cristais para fumar em uma espécie de cachimbo. A via inalatória, como é administrada, permite ação rápida, aumentando seu poder de dependência; caracteriza-se por baixo preço de venda, devido ao baixo custo de produção e grande disponibilidade (Global Drug Survey, 2015). A venda da substância é 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 catástrofe em saúde pública.

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).

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

A região da Luz, antes considerada glamoroso espaço de comércio, cultura e lazer, em função da migração comercial e residencial para áreas periféricas da cidade, sofreu grandes transformações. Os edifícios, até então desocupados, tornaram-se alvo de ações de movimentos (inclusive político-partidários) em prol dos “sem-teto”, sendo ocupados em 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, a região da Cracolândia concentra pontos de prostituição, usuários de drogas e traficantes.

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 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.

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

#### ***Critérios 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.

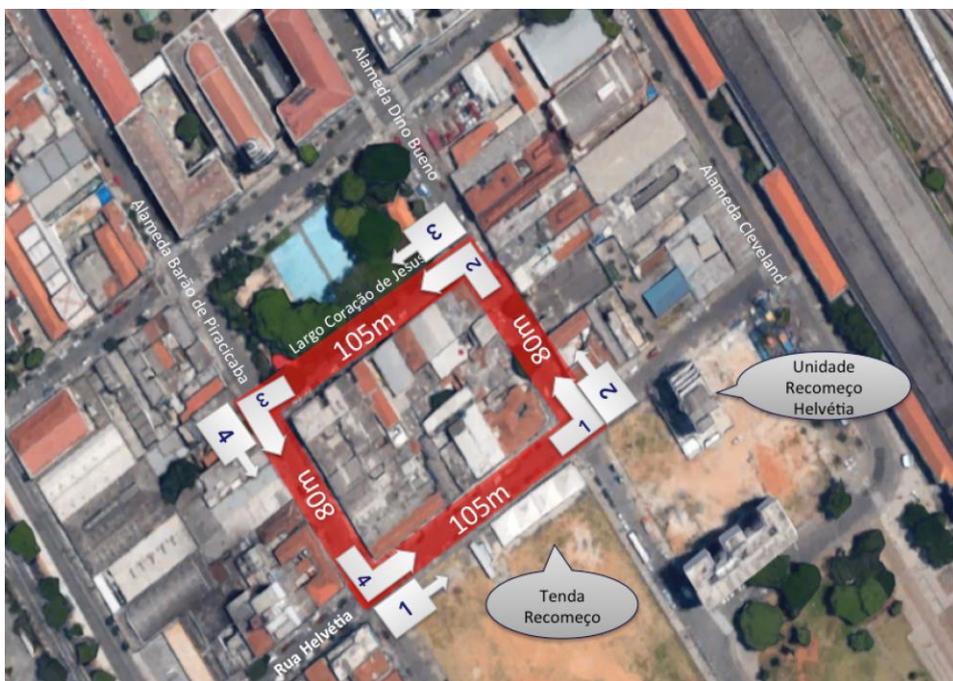
### Localização

Quadrante Helvética: Compreende 6.840m<sup>2</sup>, formado entre as ruas Helvética 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 Helvética; concomitantemente realizando a contagem (Figura 1).

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



Fonte: Prof<sup>a</sup> 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:** Prof<sup>a</sup> Dra. Clarice Sandi Madruga

### 3.5 Instrumento

O instrumento utilizado (APÊNDICE 1) é 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 infecto-contagiosas.

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 é responsável pelo trabalho realizado na Tenda Recomeço.

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. 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**

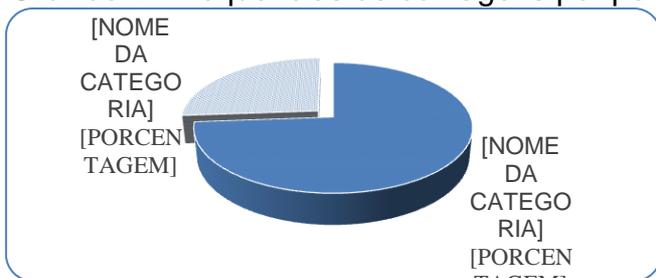
A estimativa de número de frequentadores do perímetro delimitado da Cracolândia – realizada a metodologia tempo/localização – demonstrou a **média de 709.33**, nos 9 períodos de contagem.

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

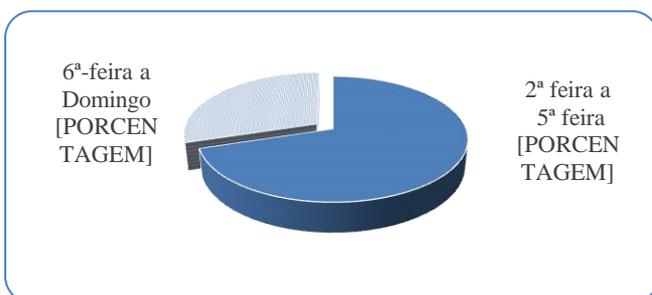
Contagens									
Quadrantes	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	91	91	150	258.5	51	323.5	124	234	371
2	196.5	34	363.5	458.5	54	448	93	434.5	503
3	144	373	65.5	121	431	62.5	432	46	41.5
4	177	43	11	14.5	42	20.5	55	13	12.5
Média Total	608.5	541	590	852.5	578	854.5	704	727.5	928

A coleta das entrevistas foi randomizada para a escolha de 3 sessões diárias com 2 (duas) horas de duração: manhã (7h às 9h – 10h às 12h) e tarde (15h às 17h), distribuídos nos dias da semana, 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



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



## 4.2 Perfil sociodemográfico

Os resultados na Tabela 2, demonstram que grande parte dos entrevistados eram homens 79%, com idade média de 34.5 anos; 16% mulheres com a idade média de 32.3 anos, e 3,7% transexuais com idade média corresponde a 27,7 anos. Aproximadamente 46% dos entrevistados possuíam ensino fundamental incompleto, e apenas 3% declaram possuir ensino técnico ou ensino superior incompleto ou completo. Participantes sem vínculo empregatício formal ou informal alcançou 72%, e 48% dos participantes não possuíam renda. Apenas 13% dos participantes referiram receber benefícios de programas do governo federal e municipal.

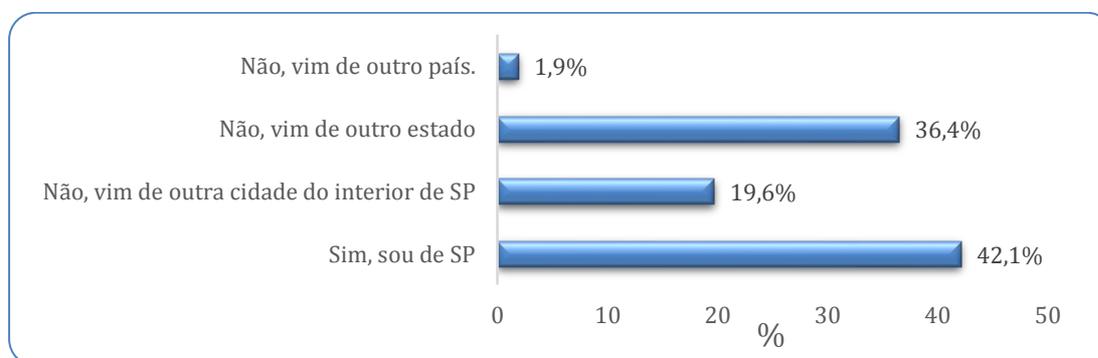
**Tabela 2-Prevalências das características sociodemográficas da amostra**

<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
<b>MORADIA</b>		
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
<b>SITUAÇÃO DE RUA</b>		
Dorme na rua	56	58,9
Dorme em albergue	22	23,2
Dorme em hotel	9	9,5
Dorme em pensão	8	8,4

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

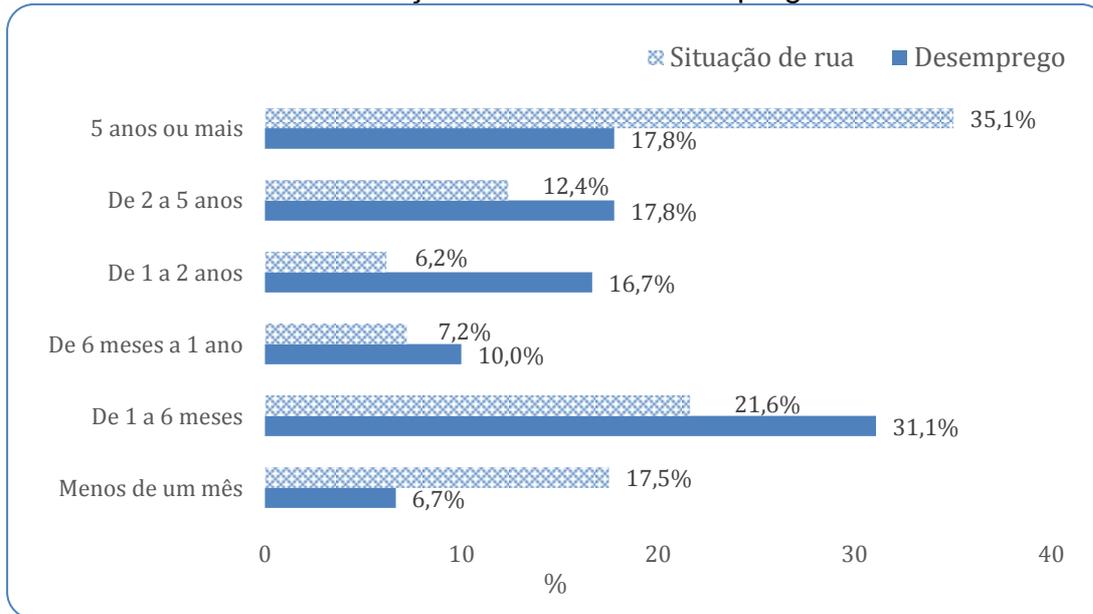
**Gráfico 3** – Naturalidade e Nacionalidade: “Você é de São Paulo?”



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).

Quase um terço (31% dos participantes) estavam de 1 a 6 meses sem práticas de atividades laborativas remuneradas de qualquer natureza, e no mesmo período; 21% encontravam-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 representavam o tempo de 2 a 5 anos e 5 anos ou mais em situação de rua.

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



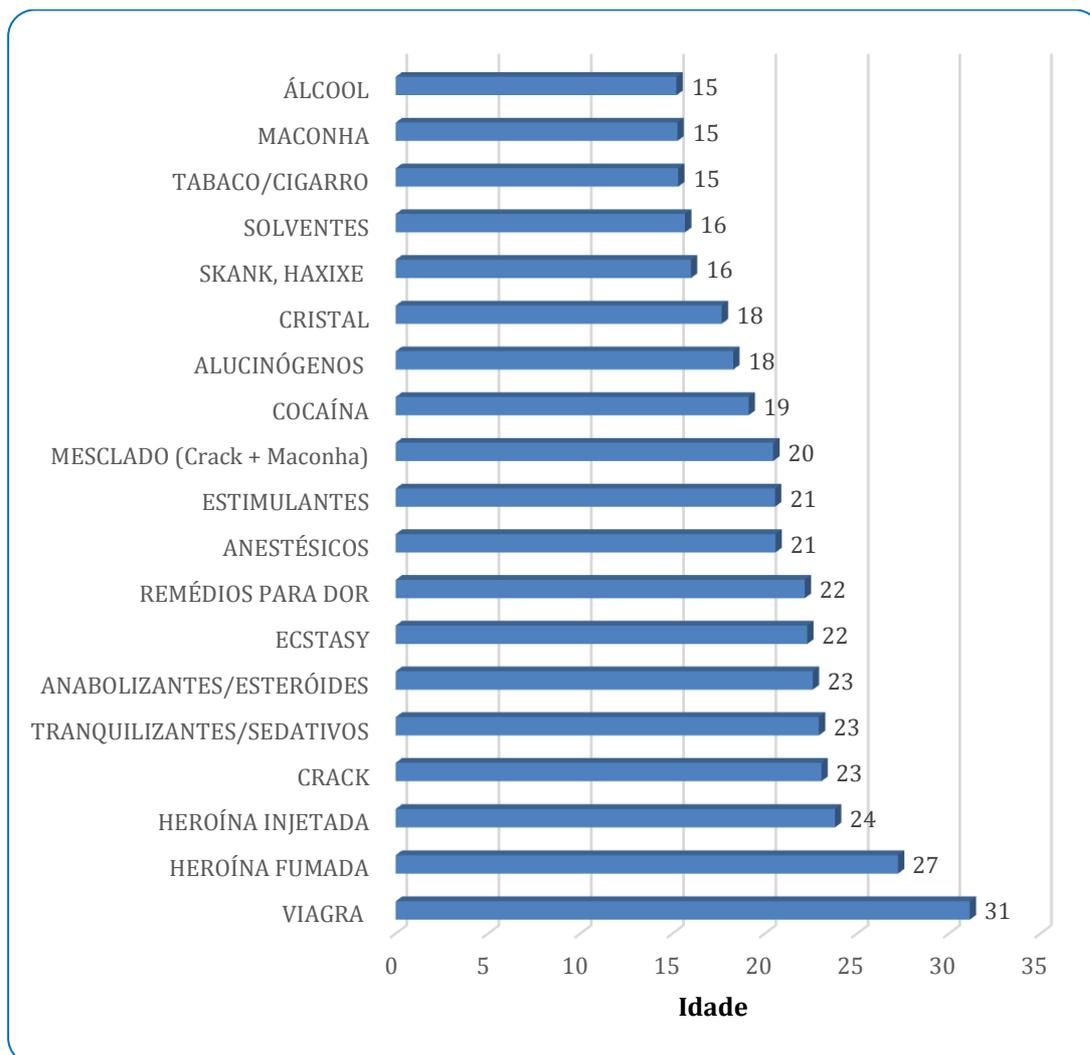
#### 4.3 Histórico de consumo de substâncias psicoativas

Os dados coletados mostraram 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
crystal	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

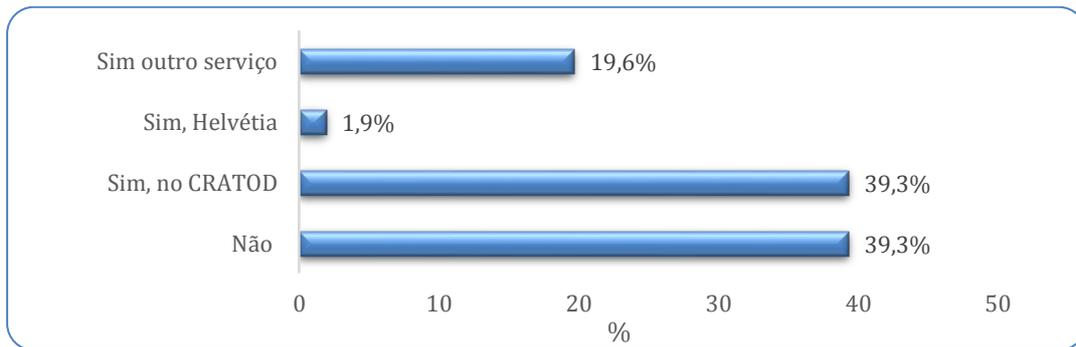
**Gráfico 5 -Idade média de início de consumo**



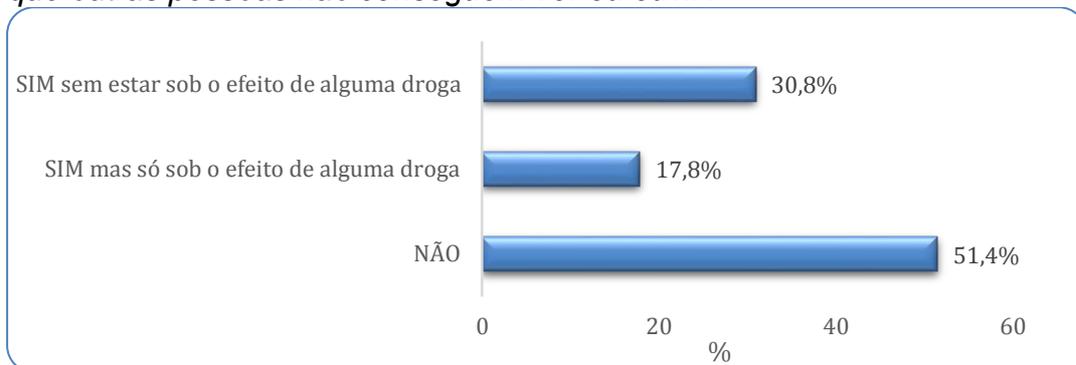
#### **4.4 Histórico de saúde**

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 apresentarem 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.

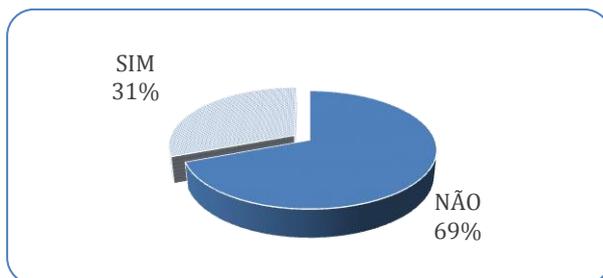
**Gráfico 6-** Histórico de avaliações de saúde: “Já fez alguma avaliação de saúde?”



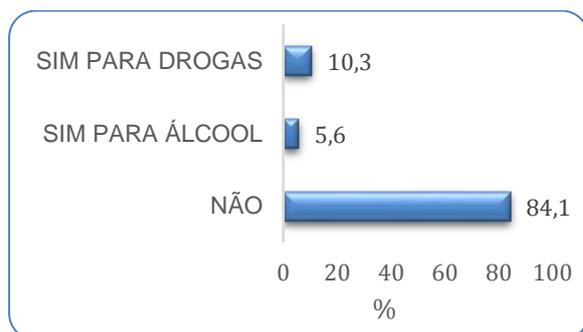
**Gráfico 7 -** Prevalência de indicador de quadro psicótico: “Você vê ou ouve coisas que outras pessoas não conseguem ver ou ouvir?”



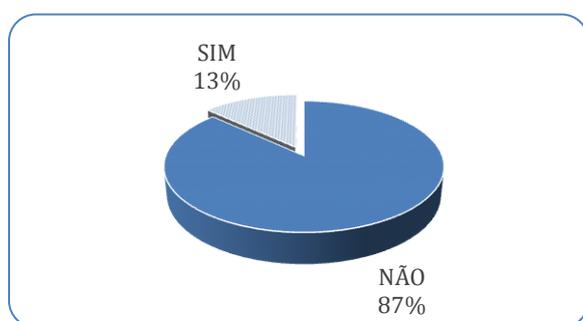
**Gráfico 8 -**Prevalência de episódio de overdose de drogas?: “Você alguma vez já teve uma overdose de drogas? Ex: já desmaiou e precisou de ajuda médica após uma dose mais alta que o normal?”



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

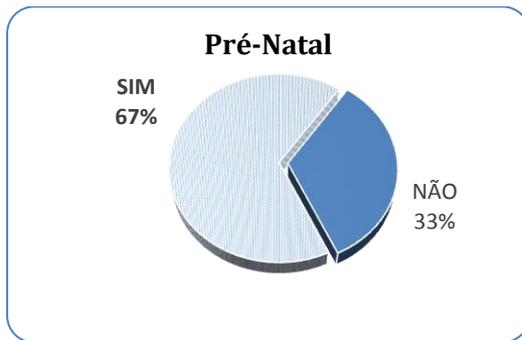


**Gráfico 10**- Prevalência de deficiência física: “Você tem algum tipo de deficiência física?”

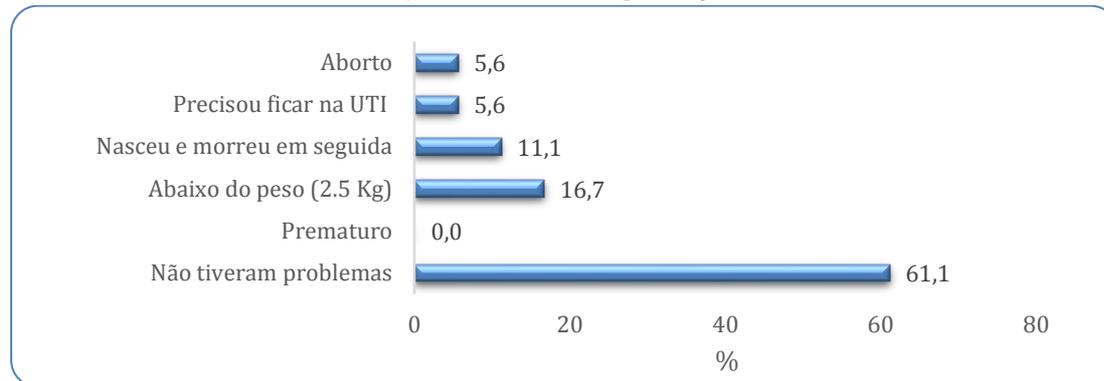


O questionário aplicado contemplou questões relacionadas aos problemas na gestação (Gráficos 11, 12e 13), e um total de 17% das mulheres se declararam grávidas na data da coleta de dados, com períodos de gestação entre 4 e 8 semanas. Entre as mulheres gestantes, 67% referiram já ter feito pelo menos 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.

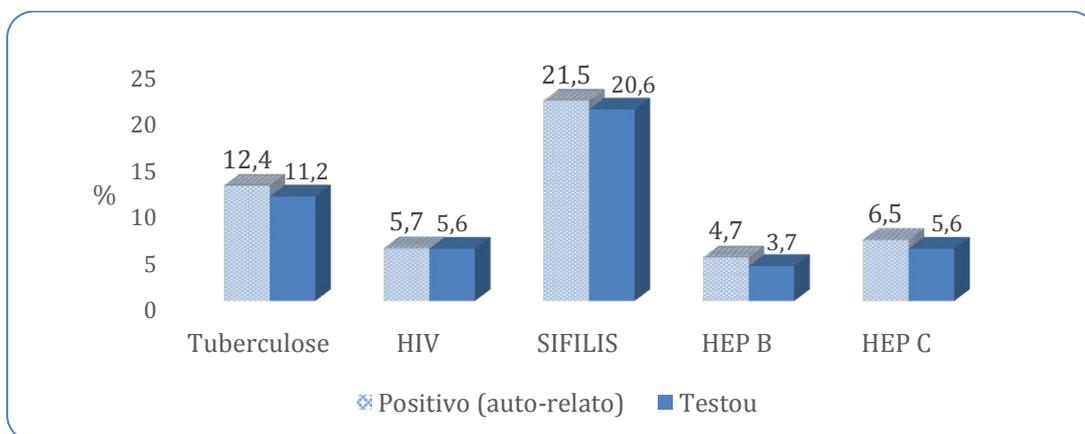
**Gráficos 11 e 12- Prevalência de mulheres gestantes e realização de pré-natal**



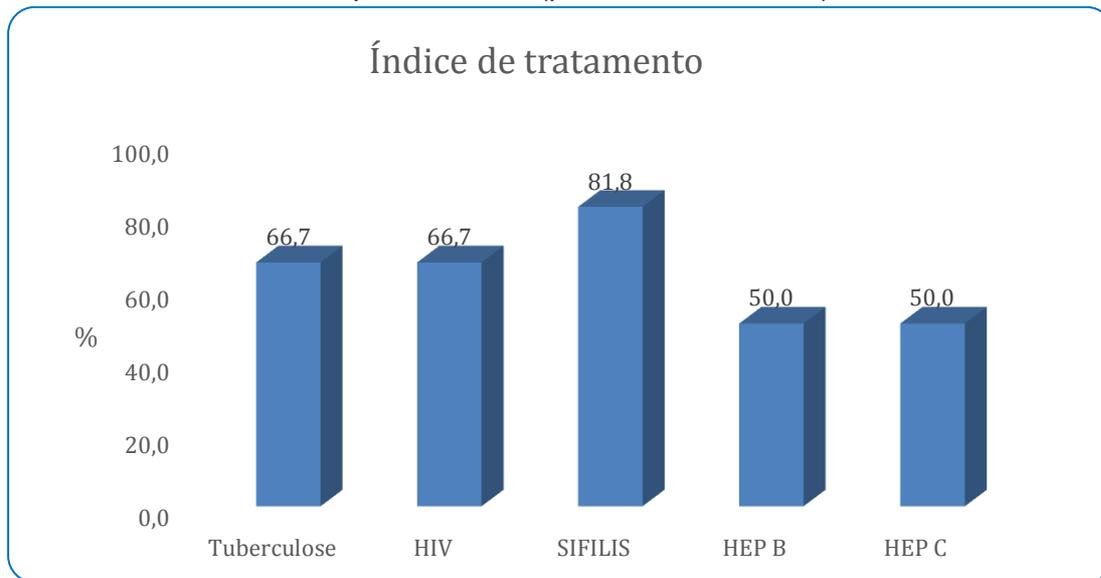
**Gráfico 13 -Prevalência de problemas em gestações anteriores**



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



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



O Gráfico 15 demonstra que as estimativas de usuários que referiram ter doenças infectocontagiosas e endêmicas e confirmadas através de teste foram de 20,6%, para sífilis, 11,2% para tuberculose, 5,6% para HIV e para hepatite B e C foram de 3,7% e 5,6% respectivamente.

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 e, 50% para hepatites B e C.

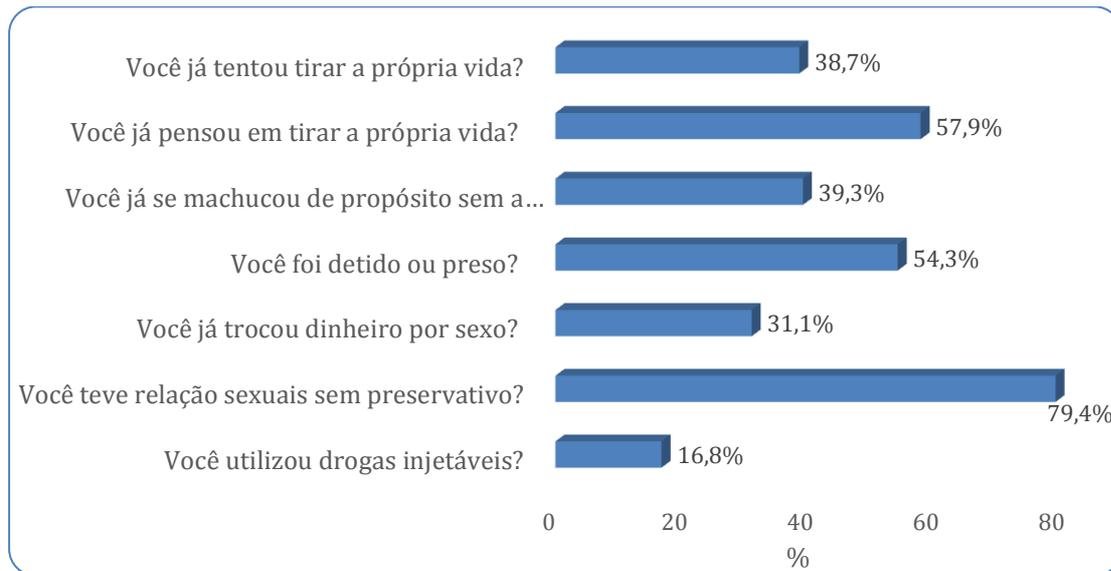
#### 4.5 Comportamentos de risco

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

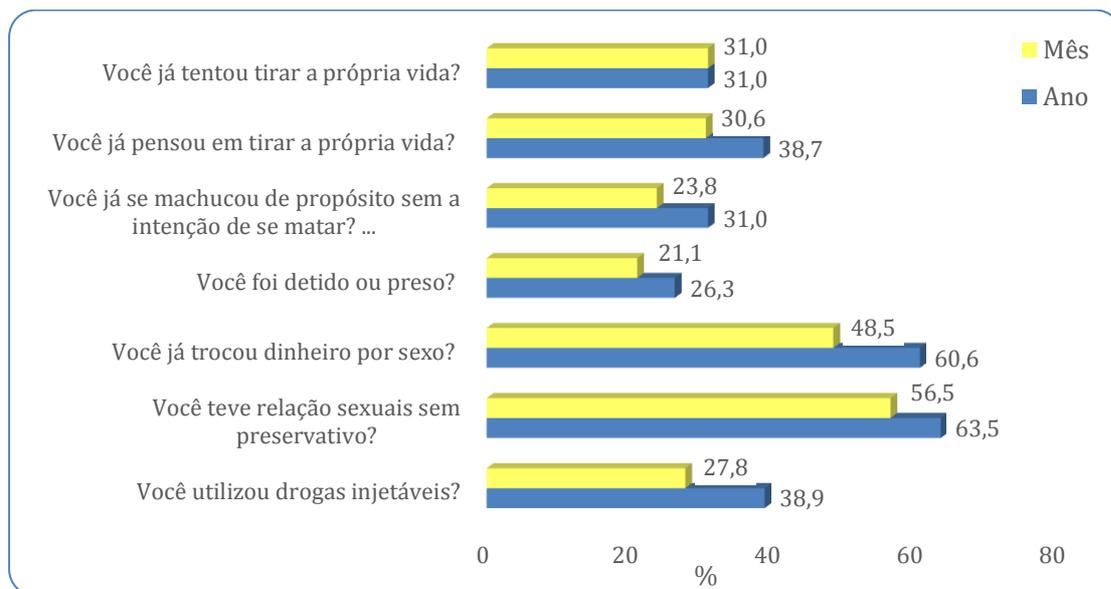
Perguntados sobre encarceramento, 54% relataram episódios de prisão e/ou detenção pelo menos uma vez na vida. Mais da metade dos participantes relatou já ter tido pensamento suicida (57,9%), com 38,7% deles referindo tentativa de suicídio no último ano. Episódios de automutilação sem intenção de óbito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



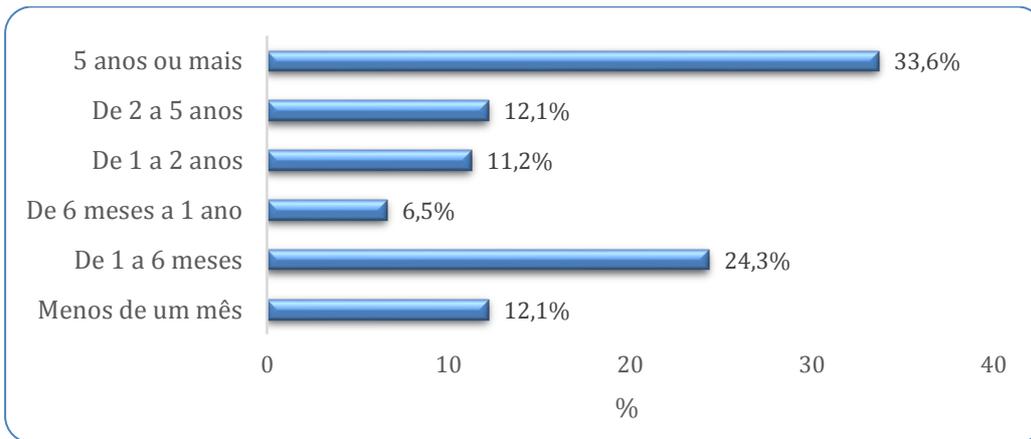
**Gráfico 18 - Prática de comportamentos de risco no último ano e mês**



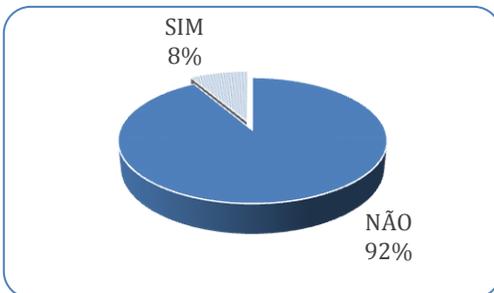
#### 4.6 Vulnerabilidades sociais

Aproximadamente 34% dos participantes relatam que frequentam 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.

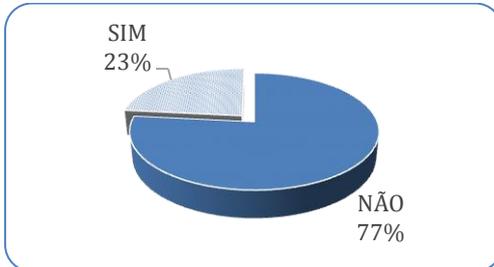
**Gráfico 19** -Tempo de frequência na região da Cracolândia



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

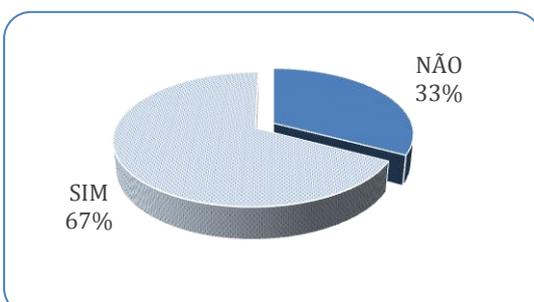


**Gráfico 21** -Você já esteve em situação de rua antes de consumir drogas?

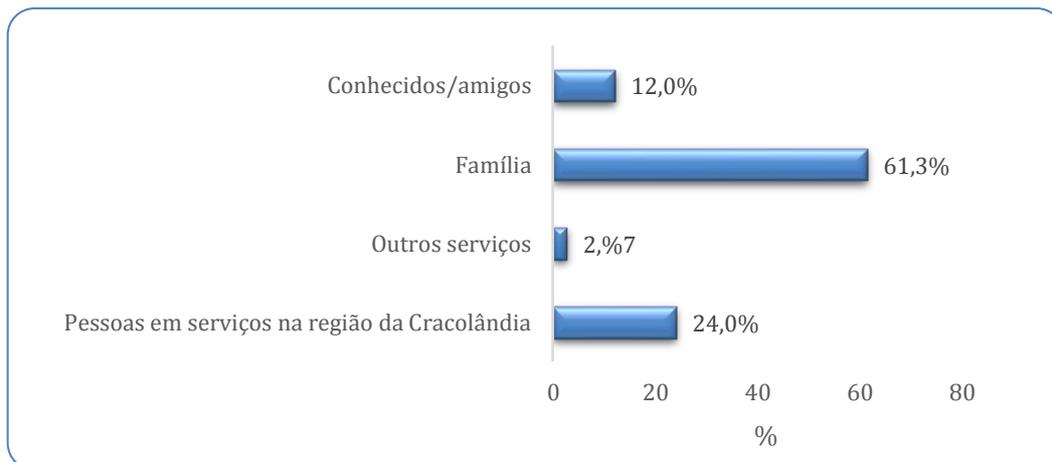


Os Gráficos 22, 23 e 24 demonstram que 67% dos participantes possuíam pessoa ou serviço que podem contatar em caso de emergência e, destes, 61% indicaram familiares como alvo de contato nestas situações e, 54% do total de entrevistados afirmaram possuir contato com familiares atualmente.

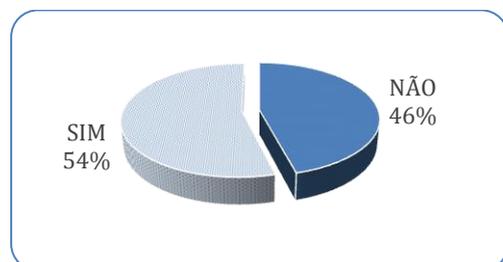
**Gráfico 22** - Você tem alguma pessoa com que você pode contar em situações de emergência?



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



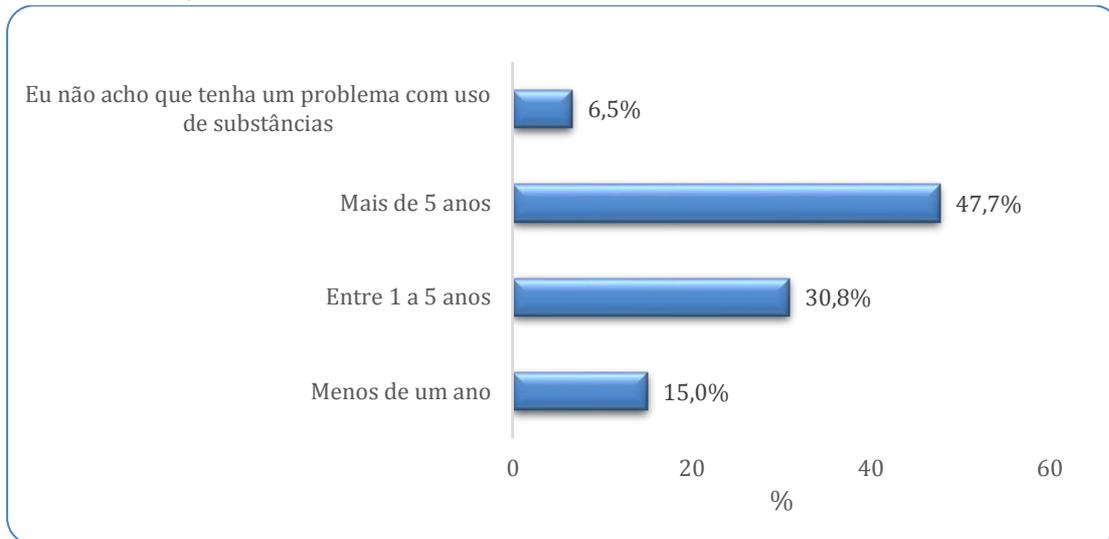
**Gráfico 24** -Você tem contato com a sua família atualmente?



#### 4.7 - Histórico de tratamentos

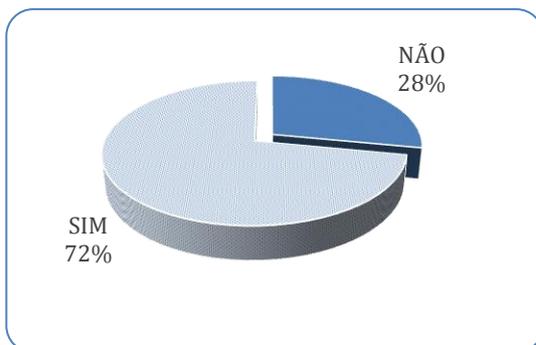
Os entrevistados foram submetidos às perguntas sobre sua percepção quanto aos problemas relacionados à dependência de substâncias psicoativas e, considerando-se adictos, há quanto tempo perceberam estar nessa condição. Conforme demonstrado no Gráfico 25, somente 6% relataram não acreditar ter problemas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

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

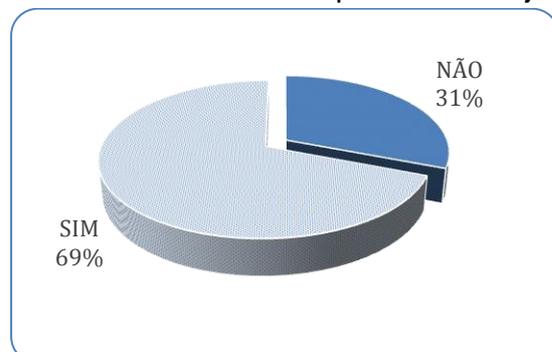


Os próximos gráficos demonstram que aproximadamente 70% já buscaram algum tipo de serviço especializado.

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



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

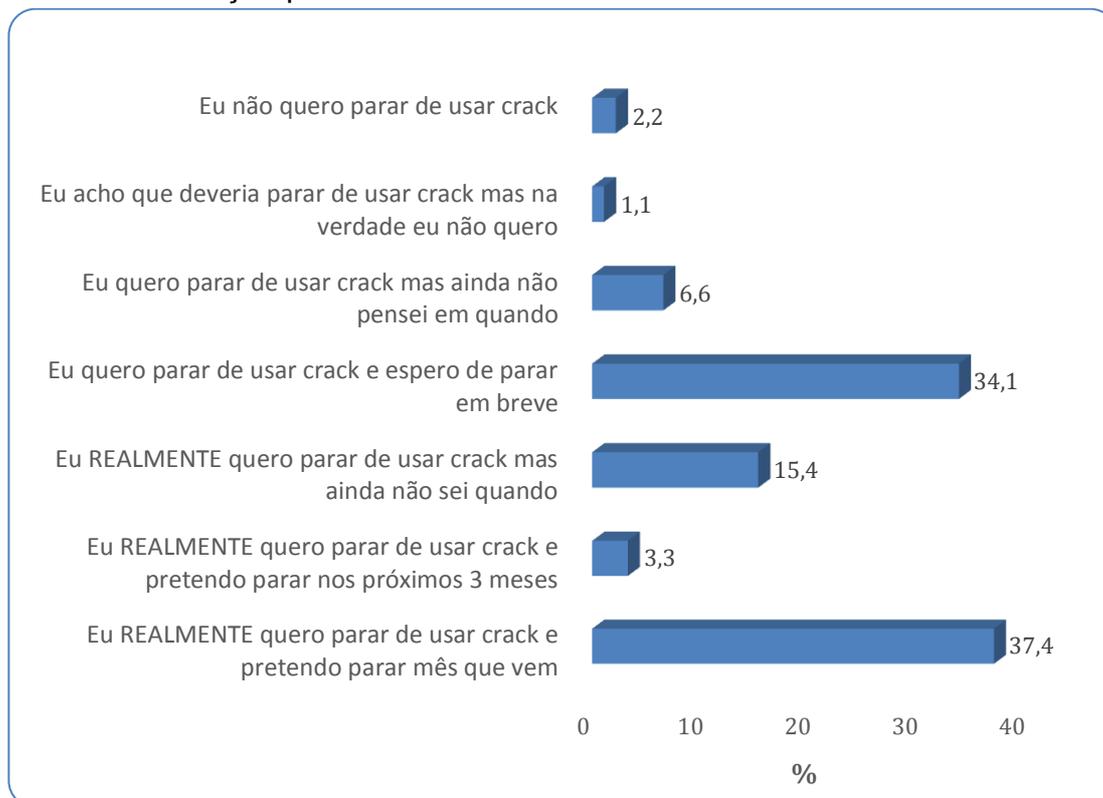


#### 4.8 Motivação

O questionário 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



## 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.

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 Helvétia

A metodologia de contagem foi aplicada no Quadrante Helvétia, 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. Observa-se que mais de um terço dos usuários vem de outros estados, 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**

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.

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.

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, faziam 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 nos usuários frequentadores da Cracolândia, pois os comportamentos e sintomas presentes estão além dos indicadores de consumo e de dependência normalmente utilizados para estudos populacionais. 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 da 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 apontaram que 17% dos usuários da região são mulheres. As mulheres usuárias da Cracolândia possuem serviço de saúde específico de planejamento familiar e atenção à saúde o “Projeto Gravius” (Malavasi, Sakamoto, & Gebrim, 2014). Todavia, mais de um terço da amostra feminina afirmou já ter tido problemas em gestações anteriores, 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. Iniciativas para a anticoncepção 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 uma dessas doenças, informou ter realizado tratamento. Os resultados 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 do uso de drogas injetáveis ou comportamento sexual de risco. Os dados 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 ideiação 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 apontaram 54% da amostra 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 Helvética. 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 e, 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 a 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 preferiu estar em situação de rua. 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, ou ainda de 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 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. 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 (Szupszynskil & 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 usuários, pois 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. 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 Helvética), 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.

## 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/opinia0/2014/09/1509769-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/ftpssesp/bibliote/informe\\_eletronico/2013/iels.nov.13/iels222/E\\_R-SS-123\\_221113.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/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\\_MaiJun\\_light.pdf](http://www.abp.org.br/download/PSQDebates_9_MaiJun_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-Bra--os-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>
- Szupszynskil, 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., Rütel, 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://bmcpublichealth.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>