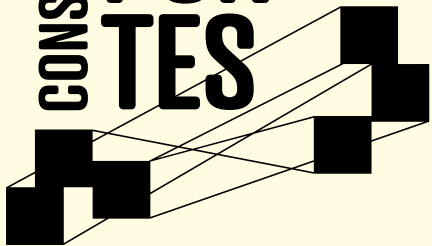


Ana Carolina Robbe Mathias
Eduardo Ribeiro
Eliana Sousa Silva
Elza Sousa Silva
Giselle Moraes
Karla Amado
Luiz Eduardo Soares
Luna Arouca
Maïra Gabriel Anhorn
Marcelo Santos Cruz
Miriam Krenzinger
Paul Heritage
Rodrigo Nascimento

LIVRO 2

ESTUDO COM FREQUENTADORES DAS CENAS DE USO DE DROGAS NA MARÉ E ENTORNO

**CONSTRUINDO
PON
TES**



COLEÇÃO

CONSTRUINDO PONTES

AUTORES

Eliana Sousa Silva

Paul Heritage

Miriam Krenzinger

Marcelo Santos Cruz

Leandro Valiati

Luiz Eduardo Soares

Stefan Priebe

Eduardo Ribeiro

Ana Carolina Robbe Mathias

Elza Sousa Silva

Giselle Moraes

Isabele Anjos

Jordana Farias

Juliana Farias

Karla Amado

Luna Arouca

Maïra Gabriel Anhorn

Maria Daiane de Araújo Alves

Natália Guindani

Raquel Tamaio

Rodrigo Nascimento

Taís Verônica Cardoso Vernaglia

Tatiana Altberg

Viviane Linares

ORGANIZADORES

Eliana Sousa Silva

Paul Heritage

Copyright©2021 dos autores

Direitos de edição reservados à People's Palace Projects do Brasil

Edição e Coordenação editorial

Fabiana Comparato

Produção editorial

Brenno Erick

Revisão

Elizete Munhoz

Projeto gráfico e capa

Patricia Façanha

Designers

Flávia Castro e Patricia Façanha

Imagem caixa

Obra de Laura Taves - Azulejaria para a fachada da Casa das Mulheres -
Maré 2017 / foto de Douglas Lopes

Foto capa

Larisse Paiva

Impressão

Gráfica Santa Marta

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas de favelas e periferias que são atingidas no campo da saúde mental, muitas vezes, pelas violências que a falta de políticas públicas traz, especialmente no campo do direito à segurança pública.

Esta publicação é fruto de uma parceria entre a People's Palace Projects e Redes da Maré, junto com a Queen Mary University of London, Departamentos de Serviço Social e Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, e o Núcleo de Estudos em Economia da Cultura da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS, com o apoio do Economic and Social Research Council e Arts and Humanities Research Council, através do Global Challenges Research Fund.



APRESENTAÇÃO

O projeto **Construindo Pontes** tem uma abordagem analítica que se ancora nas Ciências Humanas, utilizando tradições investigativas em torno da Saúde, das Ciências Sociais e de práticas artísticas e culturais. Nesta perspectiva, a pesquisa que deu origem a esta publicação busca explorar formas integradas de produzir, compartilhar e divulgar conhecimentos sistematizados entre pesquisadores, acadêmicos, elaboradores e gestores de políticas públicas, ativistas, representantes de instituições comunitárias, moradores da Maré/RJ e a sociedade em geral.

O objetivo geral foi realizar uma pesquisa de relevância estatística e de excelência acadêmica e artística, que pudesse identificar os desafios e os recursos dos moradores do conjunto de favelas da Maré para o enfrentamento de problemas relacionados à saúde mental, decorrentes, em parte, do contexto de violências e violações de direitos pelo Estado, mas também pelas ações de grupos armados que atuam na região.

OS ESTUDOS ELABORADOS VISARAM:

(i) investigar como a exposição à violência e outros fatores de estresse impactam na saúde mental da população do conjunto das 16 favelas da Maré, com o objetivo de desenvolver estratégias que possam incidir em políticas públicas nesse campo.

(ii) identificar os desafios relacionados à saúde mental da população que faz uso prejudicial de álcool e substâncias psicoativas, além de verificar os recursos existentes e os que podem ser construídos, para apoiar a resiliência e a recuperação de quem precisa.

(iii) produzir narrativas que refletem sobre o impacto dos fatores sociais, culturais e territoriais nos aspectos de vulnerabilidade e resiliência, no que diz respeito ao bem-estar e à saúde mental dos moradores da Maré.

Esta coleção é, portanto, composta de quatro livros, que se desdobram da pesquisa interdisciplinar **Construindo Pontes***:

LIVRO 1 - ESTUDO COM MORADORES DAS 16 FAVELAS DA MARÉ

Com artigo da jornalista Flávia Oliveira, que conversou com os coordenadores gerais da pesquisa, Paul Heritage e Eliana Silva. Traz, ainda, os detalhes metodológicos e análises sobre o *Survey* domiciliar, assim como um texto sobre o campo da pesquisa e a ficha técnica completa do projeto.

LIVRO 2 - ESTUDO COM FREQUENTADORES DAS CENAS DE USO DE DROGAS NA MARÉ E ENTORNO

Com detalhamentos metodológicos e contextuais, além de análises sobre o levantamento de dados e informações com frequentadores das cenas de uso na Maré e entorno.

LIVRO 3 - ESTUDOS NARRATIVOS: POESIA, MÚSICA E FOTOGRAFIA

Com artigos e entrevistas sobre os projetos de pesquisa narrativas baseados em práticas artísticas com artistas e moradores do Complexo de favelas da Maré.

LIVRO 4 - MARÉ E A LONGA GESTAÇÃO DO NOVO MUNDO

Ensaio de Luiz Eduardo Soares.

* No site da pesquisa [<https://peoplespalaceprojects.org.uk/en/projects/building-the-barricades/>] estão disponíveis três estudos adicionais desenvolvidos durante a pandemia da COVID-19, e as revisões de literatura de cada equipe acadêmica participante do projeto, a saber: Ciências Sociais, Psiquiatria e Economia da Cultura.



LIVRO 2

ESTUDO COM FREQUENTADORES DAS CENAS DE USO DE DROGAS NA MARÉ E ENTORNO

Ana Carolina Robbe Mathias
Eduardo Ribeiro
Eliana Sousa Silva
Giselle Moraes
Karla Amado
Luna Arouca
Maira Gabriel Anhorn
Marcelo Santos Cruz
Miriam Krenzinger
Paul Heritage
Rodrigo Nascimento

ÍNDICE

- 15 INTRODUÇÃO
Eliana Sousa Silva
Paul Heritage
- 25 RESUMO METODOLÓGICO - ESTUDO 2
- 35 PERFIS E DESINSERÇÃO SOCIAL ENTRE FREQUENTADORES DE CENAS DE USO DE DROGAS E SUBSTÂNCIAS NA MARÉ
Eduardo Ribeiro
- 93 ANÁLISE DA EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA ARMADA SOBRE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E/OU FREQUENTADORES/AS DAS CENAS DE USO DE DROGAS NA MARÉ/RJ
Rodrigo Nascimento
Luna Arouca
Maíra Gabriel Anhorn
Eduardo Ribeiro
Giselle Moraes
Miriam Krenzinger

- 157 FREQUENTADORES DE CENAS DE USO DE DROGAS - VIOLÊNCIA, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA
Marcelo Santos Cruz
Karla Amado
Ana Carolina Robbe Mathias
Eduardo Ribeiro
- 188 SOBRE AUTORES
- 192 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



INTRODUÇÃO

Eliana Sousa Silva

Paul Heritage

Como os moradores de favelas conseguem cuidar da sua saúde mental e bem-estar? Como este cuidado vem ocorrendo? Quais são os mecanismos de que dispõem para lidar com a sua saúde mental? Quais os impactos na saúde mental trazidos pelos confrontos armados tão frequentes nas favelas? Quais são as pontes que a população constrói para garantir seu bem-estar em contextos urbanos, onde as políticas públicas chegam de maneira precária? Essas e muitas outras indagações guiaram o projeto Construindo Pontes, uma pesquisa que se desenvolveu durante três anos, no conjunto de 16 favelas da Maré, no Rio de Janeiro.

Esta investigação se soma a um esforço permanente de construção do conhecimento sobre a realidade das favelas da Maré. A produção de dados e informações tem o objetivo de dar visibilidade às demandas dos moradores, numa perspectiva de mobilização da população local, na luta pela afirmação e conquista dos seus direitos. É esta, também, uma forma de subsidiar e qualificar as ações de instituições atuantes na região, como é o caso da Redes de Desenvolvimento da Maré, para que possam efetivar projetos estruturantes e transformadores no campo dos Direitos Humanos.

A realização da pesquisa Construindo Pontes é fruto de uma parceria entre a Redes da Maré, uma organização da sociedade civil; o People's Palace Projects, um centro de pesquisa da Queen Mary University of London; as Faculdades de Serviço Social e Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ; e o Núcleo de Estudos em Economia da Cultura da Universi-

dade Federal do Rio Grande do Sul/ UFRGS. Com a colaboração entre Redes da Maré, People's Palace Projects e UFRJ, já foi possível realizar duas outras pesquisas no Complexo da Maré: uma sobre o tema da Segurança Pública (2014-2016) e uma voltada para a compreensão dos padrões de violências que atingem as mulheres residentes nas favelas da Maré (2016-2018).

A pesquisa **Construindo Pontes** propõe, em linhas gerais, investigar a construção de resiliência em relação à saúde mental dos moradores das 16 favelas da Maré e de frequentadores das cenas de uso de *crack* e outras drogas que se localizam em torno da região da Maré e do *Espaço Normal*, projeto desenvolvido pela Redes da Maré, a partir do seu eixo de trabalho denominado *Desenvolvimento Territorial*. Do ponto de vista metodológico, foi possível, a partir das diferentes colaborações, o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar de pesquisa entre equipes das áreas das Ciências Sociais, da Saúde e da Cultura, por meio de um método quali-quantitativo de investigação.¹ Somam-se à pesquisa, projetos artísticos, à sua própria maneira, como instrumentos narrativos e qualitativos, transpondo, assim, não só fronteiras disciplinares, mas geográficas e sociais.

Construindo Pontes teve início em 2018 e chama a atenção para a importância de trazer o tema da saúde mental para o contexto das favelas e áreas urbanas periféricas, de modo geral. São regiões onde ocorrem diversas violações de direitos, além de os moradores precisarem lidar com opressões e medos no seu cotidiano. Destacamos, ainda, o quanto é atormentador viver numa cidade na qual o lugar onde se mora é conhecido a partir de representações negativas e estereotipadas sendo, muitas vezes, territórios que não constam, nem mesmo, no mapa oficial da cidade - o que reforça a invisibilidade desta população e a sua criminalização.

¹ É importante ressaltar que a pesquisa quantitativa foi concluída antes do início da pandemia da COVID-19 e das restrições de distanciamento social implementadas no Rio de Janeiro em março de 2020. As pesquisas qualitativas, entrevistas semiestruturadas, grupos focais, as iniciativas culturais (que compõem o que chamamos de “estudos narrativos”) foram realizados entre abril e setembro de 2020, de acordo com as medidas e protocolos de saúde pública em vigor.

É fato que vivemos uma crise grave em relação à saúde mental em muitas das principais cidades do Sul Global, ou seja, em países que estão em desenvolvimento, incluindo regiões pobres de países ricos, onde as desigualdades sociais se manifestam de forma significativa. A identificação e o reconhecimento geopolítico que afetam tais regiões, portanto, tornam-se mais relevantes para o entendimento da profundidade dos problemas que interferem no direito à saúde e na qualidade de vida de forma ampliada.

Escolher a Maré para colocar uma lente sobre o problema da saúde mental foi significativo, em função daquilo que o território espelha em termos populacionais e de representatividade na cidade do Rio de Janeiro, e constitui e representa as favelas. Neste sentido, entendemos que os resultados e os produtos gerados por esta pesquisa terão significativa importância para os moradores e organizações da sociedade civil, além dos profissionais da área da Saúde, da Educação, dentre outras, que atuam no território.

Construindo Pontes buscou analisar como os níveis extremos de violência e outros fatores associados impactam na saúde mental e nos transtornos por uso de substâncias psicoativas pela população da Maré, além de identificar os recursos pessoais, sociais e culturais utilizados para a garantia de seu bem-estar. Procurou, ainda, oferecer subsídios para compreender como os agravos psicossociais se apresentam nas favelas da Maré, a partir da configuração das relações de gênero, raça/cor, idade e escolaridade, e dos efeitos distintos produzidos nessa realidade. E investigou de forma mais profunda o modo como os grupos armados e as próprias forças de segurança oficiais, como as polícias, interferem nesse contexto e modulam esse campo desafiador em que se tornaram os espaços periféricos. A pesquisa foi importante para elucidar as causas e as circunstâncias subjacentes ao modo como a violência bélica produz barreiras de acesso aos serviços de Saúde, incluídos os de saúde mental, o que impõe uma série de fatores específicos de vulnerabilidade, acarretando, muitas vezes, a impossibilidade de acesso ou a realização de atendimentos, consultas e visitas domiciliares. O que gera, de forma dire-

ta, prejuízos significativos aos direitos dos moradores das favelas da Maré, ao limitar os possíveis tratamentos à saúde mental, bem como deixando de dar visibilidade às suas razões, e as formas que impedem a circulação da população dentro da Maré.

Nessa perspectiva, as favelas da Maré foram estudadas como uma unidade heterogênea, com especificidades territoriais que influenciam as formas como cada uma de suas áreas experienciam situações de violência, de medo, insegurança e formas de enfrentamento; de sofrimento social, de silenciamento e/ou resiliências. Esse olhar esteve, portanto, alinhado ao pressuposto de que estávamos lidando com várias localidades que vivem lógicas distintas, no que diz respeito à ocupação de grupos armados e ao cotidiano de intervenções policiais violentas.

A Coleção que você vai ler reúne, assim, o percurso da pesquisa **Construindo Pontes** em três estudos específicos: Estudo 1 – quali-quantitativo em domicílios da Maré (livro 1); Estudo 2 – quali-quantitativo com frequentadores das cenas de uso na Maré e entorno (livro 2) e Estudo 3 – projetos narrativos com jovens artistas da Maré (livro 3). Além de um ensaio do antropólogo Luiz Eduardo Soares sobre a tessitura social, política e poética de toda a vivência gerada pela pesquisa (livro 4).

A metodologia para os estudos 1 e 2 envolvem três áreas acadêmicas: Ciências Sociais, Saúde Mental e Economia da Cultura, em um trabalho interdisciplinar que produziu resultados surpreendentes sobre a resiliência dos moradores das 16 favelas da Maré.

Consideramos fundamental ressaltar alguns dos elementos por trás dos dados produzidos, para que o/a leitor/a possa conhecer a complexidade da produção desta pesquisa, que inclui não somente a construção interdisciplinar dos instrumentos e da análise conjunta, por meio de uma triangulação de métodos quali-quantitativos, mas também a logística metodológica compreendida no momento de contato direto com os entrevistados no campo.

Ao longo do processo, a enorme capacidade dos moradores de criar estratégias e viabilizar respostas para proteger sua saúde mental e bem-es-

tar ficou muito clara para a equipe de pesquisa; assim como a importância de se investir, cada vez mais, em estudos e ações concretas sobre como tratar/cuidar do processo que vem causando tanta dor e sofrimento a essas populações. A pesquisa foi realizada a partir de um longo questionário quantitativo, entrevistas individuais profundas, discussões com grupos focais específicos, que puderam trazer uma compreensão mais alargada e aprofundada dos percursos para se lidar com saúde mental.

Vale ressaltar que os dados específicos sobre os frequentadores das cenas de uso de drogas em situação de rua e de usuários do *Espaço Normal* revelam a violência e violações que esta população sofre, em comparação com as pessoas que possuem domicílio. A complexidade de seus relatos e vivências demonstra a necessidade urgente do fortalecimento de uma rede de apoio e cuidado intersetorial, que atue com políticas específicas para a população, e que passa pelo direito à moradia, à educação, ao trabalho, à saúde e à assistência. Ou seja, existem mudanças estruturais que precisam ser concretizadas para apoiar esta população e evitar o agravamento de problemas de saúde mental.

Nosso objetivo geral com essa pesquisa foi produzir aprendizados que apoiem a promoção do bem-estar e da saúde mental dos moradores das favelas da Maré, contribuindo não apenas na caracterização do perfil daqueles que sofrem os efeitos de violência direta e indireta decorrente do domínio territorial e conflitos dos grupos armados, mas na análise necessária à proposição e implementação de políticas públicas eficazes nos campos da saúde mental, rede de proteção social e cultural. Entendemos ser fundamental que gestores, a academia, de modo geral, e movimentos sociais se apropriem desta produção, com vistas à (re)formulação de políticas, à formação e à capacitação profissional para a redução das desigualdades sociais no acesso à saúde, justiça e bem-estar.

A falta de recursos para apoiar as pessoas em sua recuperação de problemas de saúde mental é um desafio global urgente. O que foi aprendido por meio dessa pesquisa de três anos, realizada nas 16 favelas da Maré, no Rio de

Janeiro, agora fará parte de uma base de evidências crescente, sobre os fatores sociais complexos que contribuem e agravam as crises de saúde mental. Temos certeza de que fornecerá o ponto de partida para melhorar a compreensão das questões de saúde mental nas comunidades periféricas afetadas pela fragilidade e pelo conflito, e indicará as estratégias necessárias para construir as pontes que irão promover o bem-estar das pessoas.

Por fim, entendemos ser necessária uma cobrança sistemática por políticas públicas que possam ser guiadas por diretrizes científicas e garantam, de fato, o direito à saúde desta parcela da sociedade que não tem muito dos seus direitos básicos reconhecidos.

Boa leitura a todas e a todos!

UM POUCO SOBRE A MARÉ

A Maré é o maior conjunto de favelas do Rio de Janeiro. Nesta região habitam, atualmente, em torno de 140 mil pessoas, distribuídas em 16 localidades distintas, as quais possuem formações históricas diferentes. As primeiras ocupações deste território remetem ao início do século XX, quando colônias de pescadores e pequenos comerciantes foram atraídos para a localidade banhada pela Baía de Guanabara e que ligava, pela Avenida Brasil, os subúrbios ao centro comercial da cidade.

Atualmente, a população da Maré é majoritariamente negra e nordestina, fato que lhe confere uma especificidade cultural muito rica e peculiar. A estas culturas se somam outras, como a angolana, de origem mais recente, e a mineira. Esta, aliás, é uma das características mais marcantes deste território popular: a mistura de culturas e, a partir daí, uma produção cultural única, rica e variada, que se espalha pela cidade e contribui para formar o que chamamos de *alma carioca*.

Geograficamente, a Maré está localizada entre as principais vias de acesso da cidade – Avenida Brasil, Linhas Amarela e Vermelha – pelas quais circulam diariamente cerca de 1 milhão de cariocas de todas as origens sociais e de diferentes territórios. Este fato confere uma visibilidade ímpar à Maré, mas, ao mesmo tempo, é uma das razões graves para o problema da qualidade do ar que se respira na região. A quantidade de gás carbônico que é expelido diariamente está bem acima do permitido, o que causa muitos problemas à saúde dos moradores.

A Maré foi reconhecida formalmente pela Prefeitura do Rio de Janeiro como bairro em 1994, o que não trouxe benefícios em termos de melhoria das condições de vida da população; ao contrário, são muitos os desafios que os moradores têm de lidar no seu cotidiano, já que os órgãos públicos não têm trabalhado no sentido de reconhecer as especificidades e demandas de cada uma das 16 favelas que formam o que passou a se chamar de *Maré*. Um desafio enorme está, justamente, relacionado ao fato de que os moradores não têm o seu direito à Segurança Pública garantido.

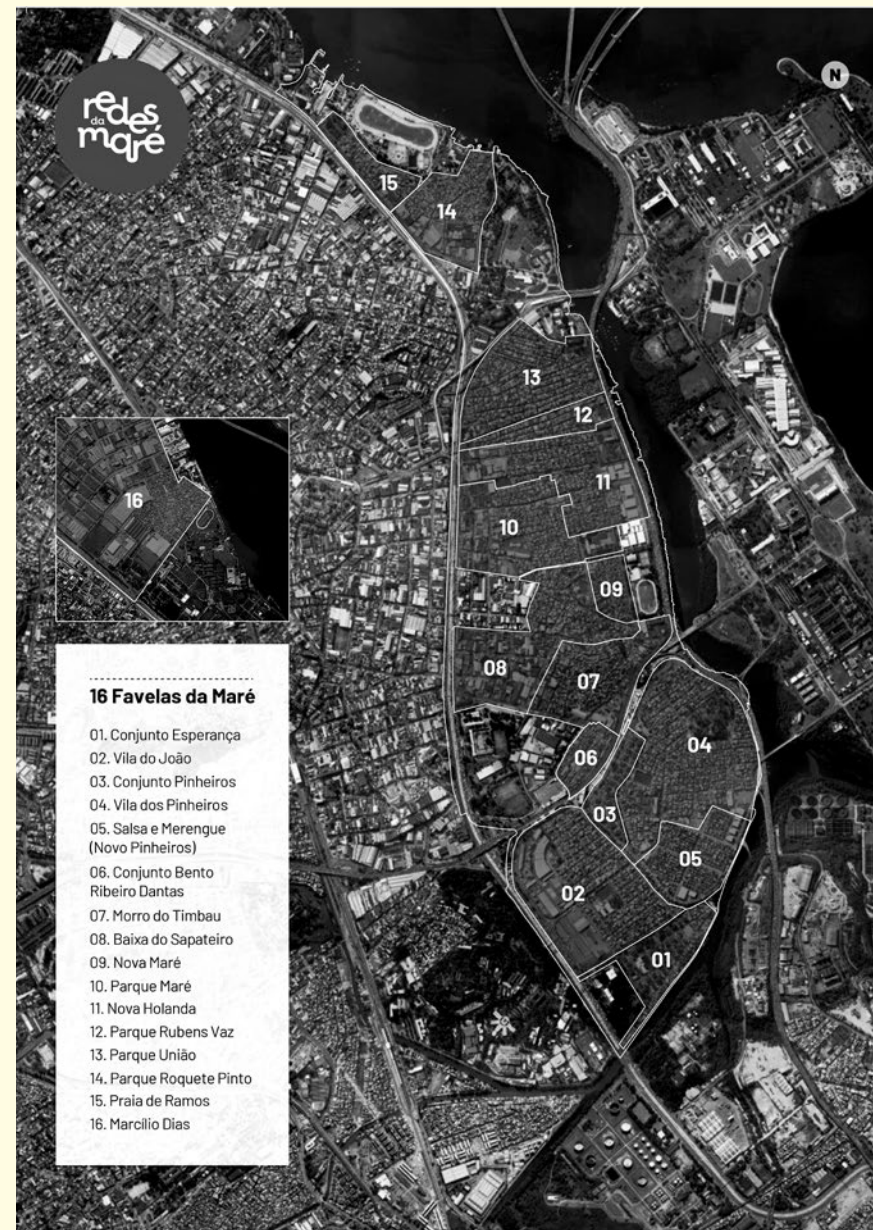
A Redes de Desenvolvimento da Maré, a partir do trabalho realizado pelo seu Eixo de Segurança Pública² define o conceito de *violência armada* como um fenômeno intrinsecamente ligado à presença e à circulação de armas no território, que trazem como consequências um conjunto de violações individuais e coletivas que alteram, de forma recorrente e imprevisível, o cotidiano das pessoas: registros de tiros e tiroteios, operações policiais, ocupações militares, confrontos entre grupos armados, homicídios, mortes por intervenções de agentes do Estado, feridos, fechamento de equipamentos públicos como escolas e postos de saúde, fechamento de equipamentos privados como comércios, danos materiais ao patrimônio, subtração de pertences/extorsão, e danos emocionais/psicológicos, como invasão de domicílio, agressões físicas e verbais, tortura, perdas de familiares e amigos, cárcere privado e restrições da mobilidade e circulação.

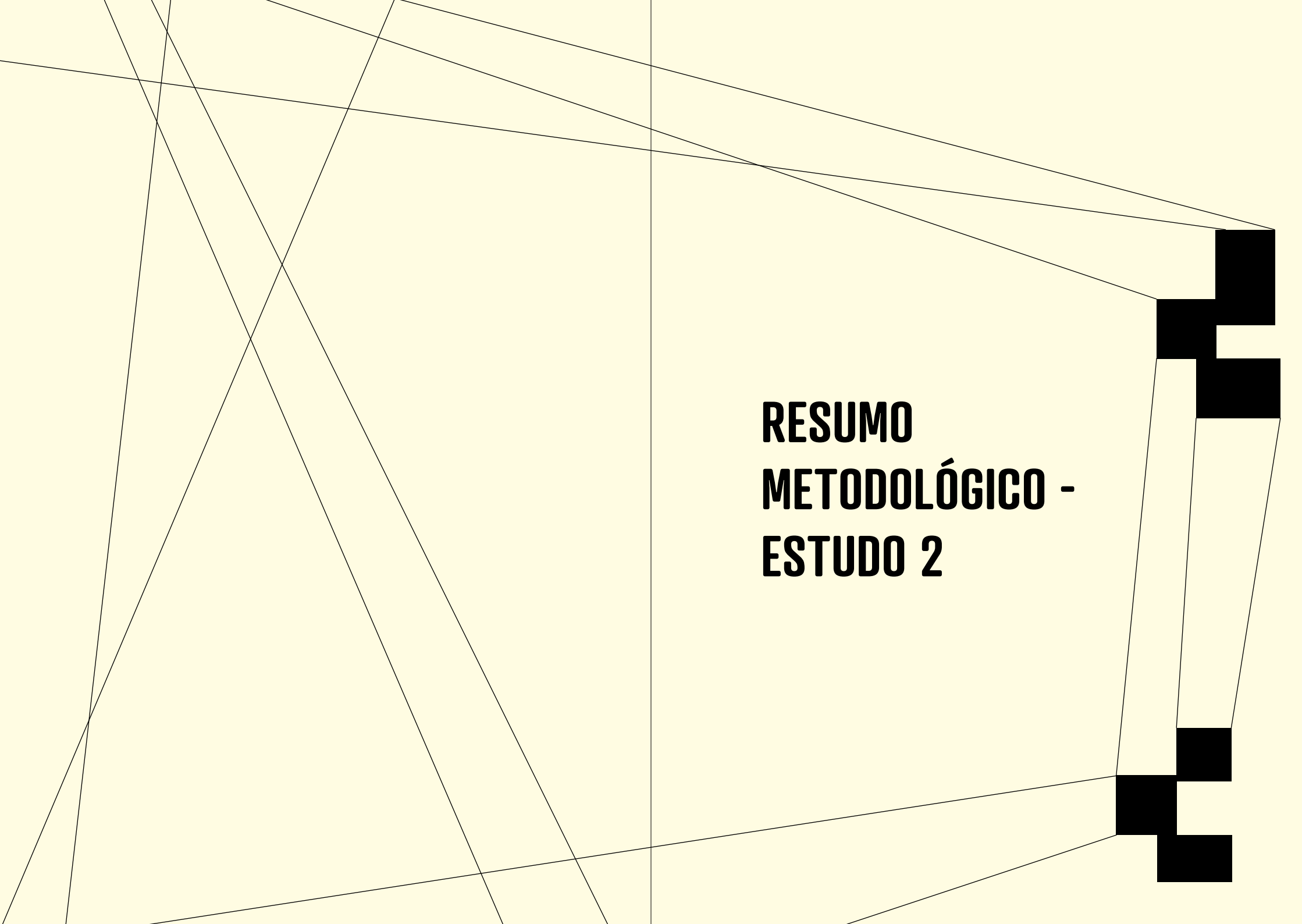
² Disponível em <<https://www.redesdamare.org.br/br/info/22/de-olho-na-mare>>

É sabido que a região da Maré ainda sofre com problemas estruturais, sendo o principal deles o estigma de ser um local, exclusivamente, violento. Isso se deve à ação de grupos civis armados que, de modo concreto, interferem e controlam algumas relações de poder, criando uma dinâmica de violência e de instabilidade para os moradores. Temos como agravante o fato de não ter se estabelecido o direito à segurança no território, uma vez que o próprio Estado, pela ação das polícias, atua desrespeitando e violando os direitos da população.

Por outro lado, a oferta de políticas sociais precarizadas não garante, como deveria, direitos básicos à população da Maré, que constrói ações cotidianas de superação e resiliência. Ao longo do tempo, esses moradores, suas lideranças e instituições se organizaram e mobilizaram suas forças e qualidades para construir uma vida melhor, mais digna e solidária. Foi assim que conquistas históricas aconteceram, como: a instalação da rede de água potável, da energia elétrica, do esgoto sanitário, da rede pluvial e da criação de uma região administrativa nos anos de 1980. Mais recentemente, a Prefeitura construiu sete unidades básicas de saúde, 46 escolas públicas e reativou a Lona Cultural Herbert Vianna, único equipamento público voltado para a arte e a cultura no território.

Muitas ruas que, até então, não eram reconhecidas oficialmente e não tinham CEP foram nomeadas pelos próprios moradores e passaram a integrar o mapa da cidade. Por isso, podemos afirmar que a Maré é um lugar de pessoas que não se acomodam diante das inúmeras dificuldades e da falta de apoio do Poder Público. Isso porque todas as conquistas que hoje tornam a vida um pouco melhor vieram, diretamente, dos esforços e da perseverança coletiva de seus habitantes.





**RESUMO
METODOLÓGICO -
ESTUDO 2**

Construindo Pontes propõe uma perspectiva metodológica inovadora, pela possibilidade de reunir áreas do conhecimento distintas – Ciências Sociais, Saúde Mental, Economia da Cultura e as Artes – que, de forma complementar e multidisciplinar, trazem um olhar singular para as questões originárias deste trabalho. É importante frisar que o esforço maior desses estudos foi compreender os fatores que podem causar danos à saúde mental dos moradores da Maré, no contexto em que vivem, olhando para a abrangência, diversidade e especificidade que precisam ser consideradas quando nos referimos a uma região formada por 16 favelas que, originalmente, foram estabelecidas e se desenvolveram de maneiras diferentes.

A pesquisa se desdobrou em três estudos específicos: Estudo 1 – quali-quantitativo em domicílios da Maré (apresentado no Livro 1 desta coleção); Estudo 2 – quali-quantitativo com frequentadores das cenas de uso de drogas na Maré e entorno (cuja metodologia apresentamos aqui, neste Livro 2); e Estudo 3 – projetos narrativos com jovens artistas da Maré (apresentado no Livro 3 desta coleção).

A pesquisa contemplou um olhar sobre e para a população desse território como um todo e, para tanto, se propôs a entrevistar 1.411 moradores e moradoras da Maré, incluindo 200 pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas na Maré e entorno. Como habitantes de uma mesma e diversa Maré, praticamente os mesmos instrumentos de pesquisa foram aplicados às duas amostras (Estudos 1 e 2), com algumas pequenas diferenças.³ Assim, o único diferencial substantivo foi o campo de análise constituído a partir da pesquisa de campo. O foco do levantamento de dados deste *Survey*, aqui denominado de Estudo 2, foi compreender as relações existentes entre violência armada, qualidade de vida e saúde mental, consideradas sob a perspectiva do cotidiano de usuários e usuárias regulares de crack, álcool e outras drogas, especialmente das pessoas frequentadoras e/ou moradoras das cenas de uso existentes na Maré e seu entorno.

³ No questionário aplicado às pessoas frequentadoras das cenas de uso existiam questões específicas relacionadas a situações de moradia nas ruas, formas específicas de violência sofridas por essa população, como expulsão ou prejuízos sofridos na interação com agentes do Estado (perda de documentos ou medicamentos, por exemplo), e um bloco adicional sobre o risco de contrair doenças infecciosas.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ESTUDO 2 PARA CONSTRUIR AS ANÁLISES INTERDISCIPLINARES

QUANTITATIVO

1) Levantamento estatístico realizado com 200 residentes temporários ou frequentadores das cenas de uso de drogas na Maré e entorno.

QUALITATIVO

2) Oito entrevistas qualitativas com roteiro semiestruturado aplicadas a: quatro ex-frequentadores das cenas de uso de drogas; quatro profissionais multidisciplinares do Espaço Normal.

3) Grupo focal com seis pessoas que utilizam regularmente os serviços do *Espaço Normal*.

O ESPAÇO NORMAL E O CONTEXTO DAS CENAS DE USO DE DROGAS NA MARÉ

Antes de entrarmos nas análises da pesquisa realizada em parceria com o *Espaço Normal*, é importante compreender como ele se constituiu e qual sua dinâmica de funcionamento. Entendemos que, desta maneira, teremos mais clareza acerca do processo e dos desafios de realizarmos uma pesquisa com pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas, principalmente sobre temas tão delicados como saúde mental, padrões de uso de drogas, risco de contrair doenças infecciosas, os efeitos da *violência armada* e suas relações com o bem-estar e a saúde mental e emocional.

Entre 2015 e 2018, a Redes de Desenvolvimento da Maré realizou um projeto de aproximação e cuidado com moradores de uma cena de consumo localizada dentro do conjunto de favelas. Uma das primeiras atividades realizadas nesse campo foi a condução de uma pesquisa-intervenção feita na cena de consumo da Rua Flávia Farnese, no Parque Maré. Combinando observação participante, criação de vínculos, articulação institucional e entrevistas semiabertas com 59 moradores da cena, a iniciativa buscou traçar o perfil dos frequentadores daquele espaço, identificar suas principais demandas, e procurou entender as dinâmicas incidentes naquele território, além de mapear as políticas de cuidado que ali existiam. O relatório da pesquisa, intitulado *Meu nome não é cracudo: a cena aberta de consumo de drogas da rua Flávia Farnese, na Maré, Rio de Janeiro*, foi publicado em 2016.⁴ Entre 2015 e 2018, diversas atividades foram desenvolvidas, com ações culturais e educativas, pesquisa sobre o perfil dos moradores e intervenção no local, com a construção conjunta de um banheiro.

Essa experiência provocou a equipe da Redes da Maré a pensar e desenhar um projeto mais amplo que pudesse alcançar outros moradores, abordando o tema das drogas a partir da ótica da *redução de danos*. Por redução de danos, entende-se um conjunto de práticas e políticas de saúde pública e

bem-estar social, cujo objetivo é minimizar os prejuízos relacionados ao uso de drogas em pessoas que não podem, não conseguem ou não querem parar de consumi-las. As práticas de redução de danos são norteadas pelo cuidado e fortalecimento de autonomia, buscando construir formas de cuidado para o usuário de drogas e o seu contexto.

Nesse aspecto, foi idealizado um espaço de referência sobre drogas na Maré. Um local de convivência, criado com o intuito de dar suporte a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e que, muitas vezes, estão em situação de vulnerabilidade. O espaço se apresenta como uma referência para a redução de danos no território, estimulando a criação de vínculos, a ampliação do diálogo sobre drogas e saúde, e auxiliando na formação de profissionais e indivíduos. Finalmente, buscava-se constituir um espaço de acolhimento e de incidência política.

Em maio de 2018, a Redes da Maré inaugurou o *Espaço Normal*. Esse nome foi dado em homenagem a uma liderança da cena de consumo (FF500). Normal, como era conhecido, auxiliou a equipe da Redes na construção dos vínculos com outros moradores da cena. Após um confronto entre grupos civis ilegais, ele foi alvejado e faleceu. Sua história, infelizmente, é simbólica da violência e das violações às quais muitas pessoas são submetidas pela política de Segurança Pública do estado do Rio de Janeiro, que as colocam como alvo, mas também pela negligência do governo quanto à garantia de direitos básicos, como saúde, educação e moradia.

Em um ambiente que propõe desconstruir os estigmas e preconceitos que geralmente atingem pessoas em situação de rua e/ou que usam drogas, o *Espaço Normal* trabalha o cuidado a partir do acolhimento e do fortalecimento de vínculos, aplicando práticas de redução de danos. O local físico conta com uma área comum, onde frequentadores podem tomar banho, lavar roupas, descansar e cozinhar. Há um espaço dedicado à realização de atividades e oficinas coletivas, organizadas pela equipe, e uma sala de atendimento social e jurídico, para pessoas que buscam orientação nestas áreas.

⁴ Disponível em <<https://redesdamare.org.br/blog/publicacoes/meu-nome-nao-e-cracudo/>>

O trabalho do *Espaço Normal* se faz possível devido ao histórico de ações desenvolvidas pela Redes da Maré e ao esforço, mesmo diante das limitações das instituições públicas, no cuidado a pessoas que estão em situação de rua e/ou que fazem uso de drogas. Nesse sentido, a fim de fortalecer a rede de atenção a este público, o *Espaço Normal* desenvolve projetos com três objetivos principais: (1) criação de alternativas e ampliação de vínculos; (2) criação de narrativas alternativas e redução de estigmas; e (3) ampliação da rede de atores no campo da redução de danos.

Para tanto, o *Espaço Normal* atua em três frentes de trabalho: (a) iniciativas de criação de alternativas e práticas de redução de danos para pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e estão em situação de rua; (b) articulação territorial e institucional dos serviços públicos de Saúde e Assistência para a criação de uma agenda local de redução de danos; e (c) produção de conhecimento e sensibilização em torno de políticas sobre drogas, e de cuidado e atenção aos usuários na região de consumo.

Até o início das medidas de distanciamento social impostas pelo enfrentamento à pandemia de COVID-19, em março de 2020, quando teve de interromper suas atividades, o *Espaço Normal* atendia, em média, 60 pessoas por dia e aproximadamente 450 cadastradas, entre frequentadores/as das cenas de uso e moradores/as do território. Além disso, a iniciativa articula uma rede de cerca de 30 instituições públicas e comunitárias em torno da agenda de redução de danos.

CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA E REPRESENTATIVIDADE ESTATÍSTICA DO ESTUDO QUANTITATIVO

A pesquisa com frequentadores/as das cenas de uso de drogas teve como referência um levantamento, realizado pela Redes das Maré, do número de pessoas nessa situação na Maré e entorno, chegando à estimativa de 200 indivíduos. O tamanho da amostra foi baseado numa estimativa de trabalhadores da Maré, sobre a população flutuante das cenas, de que haveria cerca de 200 adultos frequentando esses locais de uso diariamente, sempre com grande rotatividade ao longo do tempo. Para ter acesso às pessoas, a pesquisa contou com o apoio de moradores das cenas que foram contratados pontualmente para apresentar a pesquisa e convidar para a entrevista. Dessa forma, não houve qualquer seleção ou filtro de gênero e idade, somente orientação e planejamento para visitar as cenas e convidar pessoas que estavam em diferentes situações de rua, uma vez que a vivência no meio da Avenida Brasil é distinta da experiência das pessoas que vivem dentro da Maré, em uma cena fixa, como é o caso da Rua Flávia Farnese. Dada à inexistência de um cadastro e à dificuldade logística de acesso a essa população, a amostra da pesquisa foi não probabilística, sem seleção aleatória de entrevistados. Foi utilizado um esquema de *amostra por conveniência*, entrevistando as pessoas no ambiente do *Espaço Normal*.

OS INSTRUMENTOS DE PESQUISA E SUAS APLICAÇÕES E IMPLICAÇÕES

Nas 200 entrevistas realizadas com pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas, foi utilizado um questionário comum aos participantes da pesquisa (estudos 1 e 2). Esse instrumento possuía seções sobre características sociodemográficas, práticas culturais, experiências de violência, estado

de saúde física e mental e padrão de uso de drogas, além de perguntas validadas em instrumentos internacionais de pesquisa acerca de saúde mental (BSI⁵), bem-estar (MANSA⁶) e um instrumento para detecção do uso de substâncias (ASSIST⁷). O questionário do Estudo 2 possui, ainda, uma seção exclusiva sobre comportamentos de risco para doenças infecciosas e transmitidas por sangue e sexo. Desse modo, buscamos descortinar as questões de interesse do projeto **Construindo Pontes**, levando em consideração distintos prismas e formas de acolhimento e apreensão do que pode ser gerador de estresse e dos possíveis problemas no campo da saúde mental.

Todo o trabalho aconteceu sob a orientação de coordenadores/as de cada estudo envolvido na pesquisa. Alunos de Pós-Graduação do Instituto de Psiquiatria da UFRJ se juntaram ao processo de aplicação dos instrumentos nas 200 entrevistas direcionadas para as pessoas frequentadoras das cenas de uso. Nesta frente, é importante ressaltar que o envolvimento dos profissionais da Redes da Maré foi essencial e determinante, considerando-se a necessidade de uma abordagem e acolhimento específicos, bem como a necessária confiança que precisava ser estabelecida para que as pessoas concordassem em participar da pesquisa. A realização das entrevistas foi, portanto, mediada pela experiência e pelos profissionais do *Espaço Normal*. A aplicação do instrumento quantitativo ocorreu de novembro de 2019 a fevereiro de 2020, dentro do *Espaço Normal*. Ao participar da pesquisa, os entrevistados recebiam o acolhimento do *Espaço*, com a possibilidade de tomar banho, fazer um lanche, dialogar com a equipe técnica e participar das atividades oferecidas.

Na fase qualitativa, foram desenvolvidos roteiros semiestruturados direcionados às entrevistas em profundidade e ao grupo focal. Foram realizadas oito entrevistas qualitativas, sendo quatro com ex-frequentadores das

cenas de uso e quatro com profissionais do *Espaço Normal*. No grupo focal, foi realizada uma discussão com seis indivíduos selecionados, frequentadores das cenas de uso, que utilizam regularmente os serviços do *Espaço Normal*.


A pesquisa investigou como estava a saúde mental dos entrevistados no momento, seu conhecimento e percepção sobre possíveis distúrbios no campo da saúde mental e emocional, o acesso a serviços de saúde mental, as possibilidades de cuidados pessoais e comunitários, e a existência de redes informais de cuidado.

Por fim, é importante ressaltar que a pesquisa quantitativa foi concluída antes do início da pandemia e das restrições de distanciamento social implementadas no Rio de Janeiro em março de 2020. Já as entrevistas semiestruturadas e o grupo focal foram realizados entre abril e setembro de 2020, de acordo com as medidas de saúde pública em vigor, no combate à crise sanitária causada pela COVID-19.

⁵ Brief Symptom Inventory.

⁶ Manchester Short Assessment of Quality of Life.

⁷ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.



**PERFIS E DESINSERÇÃO
SOCIAL ENTRE
FREQUENTADORES
DE CENAS DE USO DE
DROGAS E SUBSTÂNCIAS
NA MARÉ**

—
Eduardo Ribeiro

1. INTRODUÇÃO

A presente publicação utiliza como base e foco os materiais produzidos no âmbito do estudo 2 apresentado no Livro 2 do projeto **Construindo Pontes**. Se o projeto teve como interesse geral o levantamento das condições de vida, bem-estar e saúde (física e mental) das pessoas que vivem nas 16 favelas da Maré, este estudo, em particular, tem como foco as pessoas que frequentam as cenas de uso de drogas da Maré e de seu entorno imediato.

O **Construindo Pontes** teve uma perspectiva multi e interdisciplinar. Procurou, a partir de pontos de vista particulares provenientes de experiências e perspectivas de áreas distintas, como as Ciências Sociais, e os campos da Saúde Mental e Economia da Cultura, conferir interpretabilidade a uma massa de dados rica e extensa, composta por materiais quantitativos e qualitativos, relativos a diferentes momentos e procedimentos de coleta de dados. Em outro estudo, denominado Estudo 1, apresentado no Livro 1, foram obtidos dados quantitativos representativos para toda a população adulta da Maré. Foram entrevistadas 1.211 pessoas. Paralelamente, foram realizados grupos focais e entrevistas em profundidade com diferentes atores.

Para esse Estudo 2, foram realizadas entrevistas quantitativas com 200 pessoas que frequentavam as cenas de uso de drogas existentes na Maré ou em seus arredores. Foram também realizadas consultas qualitativas – oito entrevistas (quatro realizadas com usuários ou frequentadores das cenas e quatro com profissionais da área da Saúde) e um grupo focal, com esse mesmo conjunto de pessoas.

Nesse contexto, o presente artigo tem como proposta oferecer um panorama geral e tecer alguns breves comentários metodológicos especificamente sobre o levantamento de dados e informações realizado com 200 pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas e outras substâncias. Enquanto outros textos desta publicação têm questões e interesses mais específicos, o objetivo aqui é apresentar, para as várias dimensões consultadas por esse empreendimento de pesquisa, os perfis da população

adulta que vive ou transita por essas cenas, e que faz parte da comunidade de habitantes da Maré.

Apesar desta proposta descritiva, de apresentação de resultados mais gerais, este texto procura tratar algumas questões substantivas e particulares, que dizem respeito a reflexões sobre características desta população e sobre certas relações entre fenômenos sociais e variáveis que puderam ser aprofundadas. Tais questões são fruto tanto de um processo de diálogo com a equipe multidisciplinar do estudo, que conduziu a direcionamentos e enquadramentos específicos, e a propostas de análise e cruzamentos empíricos, quanto de um processo mais individual de apropriação e exploração sistemática de dados.

O artigo está dividido em quatro seções. Após esta Introdução, as três seções posteriores constituem o núcleo substantivo do texto. A segunda seção traz as notas metodológicas, referentes à operacionalização do estudo em suas diversas etapas. Procura-se informar o leitor especializado sobre os percursos e decisões técnicas e teórico-metodológicas da pesquisa, incluindo questões de desenho, procedimentos e detalhes sobre a coleta, processamento e desenvolvimento das análises. A seção 3 apresenta os dados, tratando dos perfis das pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas na Maré. Por fim, a seção 4 apresenta uma breve discussão sobre processos de exclusão e desinserção social.

Conceitos como *desinserção social* (GAULEJAC; LÉONETTI, 1994) ou *desqualificação social* (PAUGAM, 2003) foram utilizados na análise de experiências individuais de afastamento e isolamento social, de fragilização e rupturas sucessivas de laços (comunitários, institucionais e até familiares), bem como na observação de processos em que a pobreza, conjugada com outros marcadores (como estar na rua ou usar drogas), e assumem certo estatuto enquanto representação social, a ponto de funcionarem como uma marca que simboliza o fracasso social ou até mesmo a degradação moral de certos grupos de pessoas.

A análise dos perfis das pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas da Maré possibilita uma linha narrativa na qual diferentes marcadores posicionais de desinserção podem ser mapeados para compor um quadro de “exclusão dentro da exclusão”, condizente com o termo *ralé da ralé*, proposto por Lima (2016).

2. NOTAS METODOLÓGICAS E CARACTERÍSTICAS DA INVESTIGAÇÃO

2.1 CARACTERÍSTICAS DA INVESTIGAÇÃO

Os dados com os quais foram desenvolvidas as análises deste texto foram obtidos por meio de um método de pesquisa conhecido como *Survey*, que corresponde a um tipo de investigação social que gera informações quantitativas sobre determinadas características de populações ou grupos de pessoas, a partir da aplicação de entrevistas estruturadas realizadas por pesquisadores, com o emprego de questionários.

Existe um grande número de *Surveys* regularmente aplicados por agências estatísticas governamentais, como o IBGE, mas estes nem sempre oferecem informações sobre temas, territórios e populações específicos, e no momento ou com a periodicidade necessários para a realização das análises que queremos ou precisamos realizar. Nesse sentido, iniciativas de produção de dados quantitativos como estas, realizadas de forma independente e debruçadas sobre um conjunto particular de questões teóricas, empíricas e de interesse prático, dão enorme contribuição heurística aos campos nos quais estão inseridas. Tais contribuições são particularmente relevantes para grupos e populações raras, de difícil acesso ou pouco estudadas.

Com uma abordagem multidisciplinar, o projeto **Construindo Pontes**

e esse *Survey* em especial oferecem dados e informações aos campos da saúde mental, da epidemiologia e saúde coletiva, das pesquisas sobre padrões de uso de drogas – lícitas e ilícitas. Nas Ciências Sociais, tais contribuições se estendem ainda às pesquisas sobre favelas, exclusão e pobreza; aos estudos sobre práticas e consumos de lazer e cultura; às análises quantitativas sobre condições de vida, satisfação, felicidade e bem-estar; e aos campos dedicados a investigar a exposição à violência comunitária e seus impactos sociais, o medo e a sensação de insegurança. Mais especificamente, a pesquisa se soma a outras iniciativas de captação de evidências e incremento do estado da arte sobre as condições de vida e saúde de frequentadores de cenas de uso de drogas, e de pessoas em situação de rua.

Este *Survey* pode ser tipificado como uma pesquisa observacional transversal. Diferentemente das abordagens experimentais nas quais, de maneira intencional e controlada, há uma intervenção direta no ambiente da pesquisa,⁸ os estudos observacionais são pesquisas empíricas, de campo, nas quais os dados são obtidos diretamente da realidade, sendo observados em *locus* “natural” e procurando intervir o menos possível nas condições nas quais, comumente, os fenômenos e fatos sociais observados ocorrem.

No que lhe concerne, um estudo transversal possui caráter “sincrônico”, coletando dados uma única vez, em um único ponto no tempo. Tais estudos apresentam o retrato de uma determinada população num período fixo de referência. As entrevistas que compuseram esse *Survey* foram realizadas majoritariamente no segundo semestre de 2019, entre o final de setembro e dezembro. Posteriormente, um número menor de entrevistas foi realizado entre os meses de janeiro e março de 2020.

⁸ Com a designação de indivíduos a grupos de controle estabelecidos por critérios aleatórios; o controle do contexto da pesquisa para evitar interferência de fatores alheios aos fenômenos de interesse; ou mesmo intervenção direta do pesquisador na relação observada, com a seleção e imposição de variáveis, que funcionam como “causas”. O investigador introduz uma condição artificial, com o objetivo de verificar o efeito desta intervenção na relação investigada.

2.2 TEMAS E BLOCOS

Partindo de uma perspectiva comparativa, e considerando o entendimento de que as pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas correspondiam a um estrato relevante da população de uma mesma e diversa Maré, optou-se por aplicar, praticamente, o mesmo questionário aos 1.411 moradores e moradoras da Maré – 1.211 pessoas domiciliadas e 200 frequentadoras das cenas de uso de drogas. As poucas diferenças existentes diziam respeito a questões específicas relacionadas a situações de moradia nas ruas, além de formas de violência sofridas por essa população, como expulsão ou prejuízos sofridos na interação com agentes do Estado – perda de documentos ou medicamentos, por exemplo.

Assim, o questionário-base utilizado como instrumento para a coleta de dados foi estruturado a partir de sete blocos de perguntas. O primeiro bloco, de caráter operacional, trazia metainformações sobre a entrevista, como a identificação do questionário, a data de realização e a entrevistadora responsável. Os demais blocos, de caráter analítico, continham questões substantivas sobre as condições de vida e o perfil da população da Maré. E tratavam: (a) do perfil sociodemográfico; (b) do acesso às redes territoriais e práticas culturais e comunitárias; (c) de saúde e saúde mental; (d) do padrão de uso de drogas legais e ilegais; (e) das experiências de violências no território; (f) de bem-estar e qualidade de vida. Além desses blocos, o instrumento aplicado às pessoas frequentadoras das cenas de uso tinha um bloco adicional, que trazia questões sobre (g) o risco de contrair doenças infecciosas.

O primeiro bloco levantava o perfil sociodemográfico da pessoa entrevistada. Além de perguntas sociodemográficas, como gênero, idade e identificação étnico-racial, tratava de informações relacionadas ao perfil de escolarização, renda e ocupação. Para a pesquisa domiciliar, esse bloco tratava ainda de migração e do tempo de moradia na Maré, além de características de famílias e arranjos familiares. Essas últimas questões não

foram incluídas nos questionários das pessoas frequentadoras das cenas de uso, sendo substituídas por perguntas que caracterizavam a situação de rua, como o tempo em que estava vivendo nas ruas, os locais onde passava a maioria das noites e a procura por unidades de assistência social. Tais aspectos configuram um bloco basicamente contextual, utilizado para descrever grupos sociais e estabelecer distinções entre grupamentos de pessoas com determinadas características.

O bloco seguinte investigou o acesso às redes territoriais e práticas culturais e comunitárias. Nele, as redes de sociabilidades existentes na Maré foram abordadas a partir de questões sobre hábitos e práticas culturais, artísticas e de lazer realizadas por moradores e moradoras, além do conhecimento e frequência relativos aos locais e espaços de arte e cultura, mapeando a rede de pontos de cultura e equipamentos presentes no território. Além de cultura, arte e lazer, o bloco permitiu verificar o perfil de inclusão digital e uso da internet, e trouxe ainda questões sobre a prática de esportes ou atividades físicas, filiações e frequência religiosas, e participação comunitária. Havia uma questão específica sobre as interrupções dessas práticas, por causa da violência na Maré.

O terceiro bloco, acerca da saúde e saúde mental, obteve informações sobre o conhecimento e acesso à rede de saúde na Maré, incluindo equipamentos e unidades locais voltadas para a promoção da saúde mental. Esse bloco possibilitou estimar as condições de saúde física e emocional da população da Maré, mapear os principais agravos e sintomas, e verificar a procura por tratamentos. Aqui havia questões específicas sobre eventuais impedimentos de acesso aos serviços de Saúde, em função do contexto de violência comunitária.

Uma subseção desse bloco, especificamente sobre saúde mental, consistiu no chamado “inventário breve de sintomas psicopatológicos” (BSI),⁹ um conjunto de 53 questões sobre sintomas psicológicos percebidos pelas pessoas entrevistadas na semana anterior à entrevista (DEROGATIS;

⁹ *Brief Symptom Inventory*.

MELISARATOS, 1983). Essa avaliação psico-sintomatológica possibilitava o cálculo de uma série de indicadores utilizados para acessar quadros de sofrimento psíquico e emocional e, por conseguinte, estimar as condições de saúde mental da população residente na Maré.

O bloco sobre padrão de uso de drogas legais e ilegais investigou o consumo de diferentes substâncias pela população, abrangendo desde substâncias legais e mais comuns, como derivados de tabaco e bebidas alcoólicas, e substâncias também comuns, mas ilegais, como maconha, cocaína e *crack*, até substâncias ilegais menos frequentes no Rio de Janeiro e no Brasil. Foi utilizado um instrumento já estruturado e tecnicamente consolidado para triagem e detecção do uso e envolvimento com álcool, derivados de tabaco e outras substâncias psicoativas denominado ASSIST¹⁰ (WHO ASSIST Working Group, 2002; SENAD, 2014). O ASSIST aborda a frequência de uso e problemas associados ao consumo de substâncias, incluindo perguntas sobre dependência e abstinência, problemas de saúde, problemas sociais, legais ou financeiros e alterações na rotina, entre outros aspectos. O instrumento permite o cômputo de escores de envolvimento específicos para cada substância.

O quinto bloco se refere às experiências de violências no território, e mapeou os diferentes tipos de violência comunitária vivenciados cotidianamente por moradores e moradoras da Maré considerando, sobretudo, a exposição ao que foi denominado *violência armada*. Este bloco coleta informações sobre a incidência e a intensidade (a frequência) da exposição e da vitimização sofridas, possibilitando observar fenômenos como (re)vitimização e vitimização múltipla – a uma pluralidade de fontes de violência e risco. Também se preocupa com aspectos subjetivos da experimentação do contexto de violência persistente na Maré, considerando relatos de medo e sensação de insegurança e os efeitos percebidos pela população, em termos de prejuízos, interrupção de rotinas, traumas e impactos sobre a saúde física e emocional.

¹⁰ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.

Para as pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas, o questionário trazia três perguntas adicionais. Duas delas questionavam especificamente sobre violências sofridas na relação com agentes do Estado (como policiais, o Exército, guarda municipal ou agentes do choque de ordem, por exemplo). Perguntava-se se, no último ano, as pessoas já haviam perdido documentos e bens pessoais, ou se já tinham perdido alguma medicação, devido à intervenção desses agentes. A terceira pergunta questionava se, no último ano, a pessoa já tinha sido expulsa ou precisou sair da Maré ou outro lugar (outra favela ou região) por medo ou ameaça.

O sexto bloco trata de bem-estar e qualidade de vida pensados em termos subjetivos, a partir da satisfação percebida em relação a diferentes domínios da vida. As questões deste bloco fazem parte do chamado MANSA,¹¹ um instrumento reduzido de avaliação de bem-estar e qualidade de vida subjetivos. O MANSA questiona tanto sobre um sentimento mais geral de satisfação com a vida como um todo, quanto sobre a satisfação pessoal com aspectos mais específicos como ocupação e trabalho, situação financeira, relações familiares, domiciliares e de amizade, a vida sexual, além da satisfação com condições de moradia, segurança, lazer, saúde física e mental.

Finalmente, o sétimo e último bloco, específico do questionário aplicado a pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas, trata do risco de doenças infecciosas. Este bloco traz questões sobre diferentes condutas de risco: compartilhamento de utensílios para uso de drogas (cachimbo, lata ou copo para fumar *crack*) com pessoas com feridas na boca; relações sexuais sem preservativo e troca de sexo por drogas ou dinheiro para comprar drogas; exames e resultados de exames de HIV e hepatites B e C; recebimento de transfusões de sangue; realização de tatuagens ou colocação de *piercings*.

¹¹ Manchester Short Assessment of Quality of Life.

2.3 PRINCIPAIS CONSTRUTOS E DIMENSÕES DE ANÁLISE

Em seu planejamento, o projeto **Construindo Pontes** possuía um conjunto de hipóteses sobre as relações entre experiências de violência e sentimento de insegurança, e um conjunto de desfechos psicossociais nos campos da saúde mental e emocional, bem-estar e qualidade de vida da população da Maré, das pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas, e das populações humanas de modo geral. Tais relações seriam mediadas por experiências como o exercício de práticas culturais e de lazer, padrões de uso de drogas, e acesso a redes formais e informais de cuidado, entre outras. As relações entre todas estas dimensões são complexas, multifatoriais e se organizam em cadeias de relações de interdependência.

A compreensão teórica da estrutura relacional pode ser facilitada por sua decomposição em questões e hipóteses mais simples, sobre como funcionam as relações entre certas dimensões ou como se comportam os fenômenos de interesse da pesquisa. Cabe notar que cada uma destas dimensões e cada um dos fenômenos elencados (violência, insegurança, bem-estar, qualidade de vida, por exemplo) corresponde a abstrações intelectualmente construídas. São noções ou conceitos e, como tais, requerem processos de elaboração e definição que os tornem passíveis de serem observados e registrados como evidências empíricas, processo conhecido como *mensuração* e, posteriormente, descritos, classificados ou correlacionados – procedimentos reunidos sob a denominação de *análise*.

A tarefa de traduzir um conceito em uma ou mais escalas mensuráveis é chamada de *operacionalização*, a qual possui uma componente teórica, de definição e representação de um conceito, de forma clara, precisa e explícita, propiciando informação suficiente para esclarecer e comunicar, de forma inequívoca, qual fenômeno está sob investigação. O processo de definição conceitual, inserido na discussão de um campo do conhecimento específico, gera variáveis teóricas denominadas *construtos*.

Um construto é uma variável teórica que é relevante desde um ponto de vista substantivo e que, muitas vezes, não pode ser observada ou medida

diretamente (CANO, 2002). Exemplos clássicos de construtos na Psicologia e na Sociologia são: inteligência e personalidade, amor, felicidade e agressividade. Considerando-se os objetivos e hipóteses de nosso estudo, bem como as revisões bibliográficas e levantamentos de estado da arte realizados pelas diferentes equipes do projeto, diversos construtos podem ser elencados. Entre os principais construtos que empregamos, é possível citar: exposição à *violência armada*, violência subjetiva, medo e sentimento de insegurança, barreiras de acesso, consumo e práticas culturais, envolvimento com drogas e substâncias psicoativas, bem-estar subjetivo, saúde mental ou emocional. Existem, nos diferentes blocos temáticos do *Survey*, um grande número de questões que podem ser empregadas na conversão destas variáveis teóricas em indicadores mensuráveis.

Na medida em que construtos são variáveis teóricas que representam comumente fenômenos ou conceitos teóricos não diretamente observáveis ou mensuráveis em unidades naturais, automaticamente reconhecíveis, tais mensurações devem ser realizadas de forma indireta, a partir de variáveis operativas. Daí uma segunda componente da operacionalização se dá por uma definição operacional, isto é, um conjunto de instruções ou procedimentos para a medição de variáveis conceitualmente explicitadas. A escolha destes critérios e regras de decisão, no entanto, é arbitrária, e depende das tradições e interesses dos campos de conhecimento, de perspectivas teóricas e analíticas, da intuição e da experiência do próprio pesquisador, etc. Logo, existem sempre distintas formas de operacionalizar uma variável teórica, de se medir um construto, porém, o mais importante é que todas as regras e decisões estejam claras e bem-fundamentadas.

Em nosso *Survey*, existiam de antemão, pelo menos, três conjuntos de construtos claramente operacionalizados em indicadores já consolidados e validados em trabalhos anteriores, que foram abordados por instrumentos e protocolos de coleta específicos e correspondem ao BSI, MANSA e ASSIST, cada qual possibilitando o cálculo de um conjunto de indicadores. Além desses, exposição à *violência armada*, violência subjetiva e participação cultural

foram construídos com propostas novas de operacionalização, exclusivamente desenvolvidas no âmbito do projeto **Construindo Pontes**.

A partir das 53 questões do inventário breve de sintomas (BSI), os níveis de sofrimento mental e emocional puderam ser mensurados pelo Índice Geral de Sintomas (IGS).¹² Para cada pessoa, ele é computado pela média dos itens válidos, isto é, a soma dos resultados de cada resposta dividido pelo total de questões respondidas (DEROGATIS; MELISARATOS, 1983; CANAVARRO, 1999). Eram aceitos como casos válidos as pessoas que respondiam a, pelo menos, 41 dos 53 itens do inventário, aceitando uma perda máxima de cerca de 20%. Procedimento similar foi utilizado para o cálculo de índices específicos para cada uma das nove dimensões de sintomatologia: somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticismo.

Com base em 12 das 24 questões presentes no MANSA¹³ (PRIEBE *et al.*, 1999) foi calculado um Índice de Qualidade de Vida Subjetiva (SQOL). Tais itens de avaliação de bem-estar correspondiam a questões subjetivas sobre a satisfação da pessoa em relação a diferentes domínios da vida. Nessas 12 variáveis, a satisfação foi registrada como uma escala ordinal de sete pontos, indo do extremo 1 (muito insatisfeito) até o extremo 7 (muito satisfeito).¹⁴ O indicador foi calculado como a média dos escores obtidos nas questões respondidas. Para um caso ser considerado válido, a pessoa deveria ter respondido a, pelo menos, nove das 12 questões.

O bloco relativo aos padrões de uso de drogas e substâncias traz o ASSIST,¹⁵ um instrumento desenvolvido por iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) para varredura e detecção do uso e consumo de substâncias.

12 Em inglês, o Índice é originalmente chamado em *Global Severity Index (GSI)*, com tradução livre para Índice de Gravidade Global. A versão Índice Geral de Sintomas (IGS) aparece em Canavarro (1999).

13 *Manchester Short Assessment of Quality of Life*.

14 A classificação das variáveis seguia a seguinte escala: 1. “Muito insatisfeito”; 2. “Insatisfeito”; 3. “Mais para insatisfeito”; 4. “Mais ou menos”; 5. “Mais para satisfeito”; 6. “Satisfeito”; 7. “Muito satisfeito”.

15 *Alcohol, Smoking and Substance Screening Test*.

A partir de seis questões, o instrumento possibilita o cálculo de medidas empíricas de “envolvimento” com cada uma das 10 substâncias mapeadas. Um protocolo estabelece uma pontuação conferida a cada categoria ou resposta da variável.¹⁶ Como exemplo, um índice de envolvimento com álcool é calculado somando as pontuações, atribuídas via-protocolo, para cada pessoa. Existe ainda uma classificação para os escores obtidos por essa soma e a gravidade do diagnóstico de uso e consumo, indicando a necessidade ou não de intervenção da área da Saúde e, uma vez detectado o uso da substância, se este requer cuidados medianos (uma intervenção breve) ou uma intervenção mais aprofundada e encaminhamento para tratamento mais intensivo.

O bloco de acesso às redes sociais e práticas culturais possibilitou observar redes de sociabilidade, estilos de vida e consumo cultural da população da Maré, a partir de seus hábitos e práticas artísticas e culturais. A participação e a frequência com que as pessoas acessavam uma série de práticas, atividades e equipamentos de arte, cultura e lazer foram utilizados para computar índices de participação cultural (IPC), que buscaram mensurar níveis de acesso cultural, como realizado em outros trabalhos (GROSSI *et al.*, 2011; COCOZZA *et al.*, 2020).

Foram definidas medidas que captavam a incidência de certas atividades e práticas, registrando basicamente se a pessoa as praticava ou não; e medidas da frequência da participação, utilizando - como escores - os valores das escalas ordinais de 5 pontos, que iam de 0 (não pratica) até 4 (prática diária).¹⁷ Além disso, tais atividades e práticas foram classificadas em *internas*

16 Por exemplo, a questão sobre frequência de uso de substâncias, se a pessoa afirmou “Nunca” ter utilizado a droga ou substância em questão, o protocolo indica que ela deve receber a pontuação zero. Caso a resposta tenha sido “1 ou 2 vezes” a pessoa recebe a pontuação 2. Caso a resposta seja “Mensalmente” “Semanalmente” ou “Diariamente ou quase todos os dias”, o protocolo indica que as pontuações deveriam ser 3, 4 e 5, respectivamente. Cada questão do ASSIST utilizada possui, segundo o protocolo, certo conjunto de pontuações.

17 A frequência das práticas culturais, artísticas e de lazer foi registrada com escalas que tinham a seguinte classificação: 0. “Não pratica”; 1. “Menos de 1 vez por mês”; 2. “Ao menos 1 vez por mês”; 3. “Ao menos 1 vez por semana”; 4. “Diariamente ou quase todos os dias”.

ou *externas*, distinguindo aquelas que ocorrem (ou podem ocorrer) dentro de casa, daquelas cujas práticas são exteriores aos domicílios. Isso permite algumas chaves interpretativas para pensar a questão da violência comunitária, além de aspectos relacionados a sintomas emocionais e de saúde mental, e mesmo em contextos relacionados à pandemia de COVID-19. Na mesma linha, as atividades e práticas podem ser classificadas em *individuais* e *coletivas*, ajudando a tratar outro conjunto de questões substantivas. As perguntas realizadas fazem um registro do uso de internet e dos hábitos de lazer, cultura e entretenimento realizados por meio dessa rede. O Quadro 1, a seguir, mostra os itens considerados para o cálculo dos indicadores adotados.

Quadro 1 - Acesso às redes sociais e práticas culturais e comunitárias

ATIVIDADES DE LAZER, ENTRETENIMENTO E CONSUMO CULTURAL NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES		
ASSISTIU A FILMES E/OU A SÉRIES		
no cinema		
na internet		
por outros meios (DVD, blue-ray, VHS, TV)		
VIU VÍDEOS		
na internet		
ASSISTIU À TELEVISÃO		
ASSISTIU À PEÇA DE TEATRO		
OUVIU MÚSICA		
ao vivo		
na internet		
por outros meios (CD, fita, vinil, rádio)		
LEU ALGUM LIVRO		
digital		
em papel (impresso)		
FOI AO MUSEU		
Visitou algum <i>site</i> de museu ou obras de arte, para procurar informações ou explorar conteúdos		
PRÁTICAS ARTÍSTICAS NOS ÚLTIMOS TRÊS MESES		
DANÇOU	ESCREVEU	ATUOU OU FEZ TEATRO
PINTOU	CANTOU OU TOCOU INSTRUMENTO	FOTOGRAFOU

Fonte: Elaboração própria. 2021

No bloco sobre experiências de violências nos territórios, foram calculados dois indicadores. O primeiro foi o Índice de Exposição à Violência Armada (IEVA), enquanto o segundo foi denominado Índice de Violência Subjetiva (IVS). Essa seção do questionário contou com perguntas desenvolvidas com o apoio de consultas qualitativas, baseadas em relatos de moradores e moradoras da Maré, bem como de profissionais que trabalham na comunidade, além de dados produzidos regularmente pela Redes de Desenvolvimento da Maré, e publicados no boletim *Direito à Segurança Pública na Maré* (REDES DA MARÉ, 2018). Também utilizou conteúdos e questões provenientes do índice de gravidade (ou severidade) de dependência¹⁸ (KESSLER *et al.*, 2012).

O Índice de Exposição à *Violência Armada* (IEVA)¹⁹ foi elaborado a partir de experiências autorrelatadas de exposição à *violência armada* ocorridas na Maré, nos 12 meses anteriores à realização da entrevista. O Índice combina informações de incidência de episódios, considerando-se o número de experiências objetivamente vividas pelas pessoas, com informações sobre a intensidade das experiências, levando em conta a frequência com que tais episódios foram testemunhados. Nesse último caso, são incluídas experiências de (re)vitimização, quando uma pessoa passa mais de uma vez pelo mesmo tipo de episódio e de vitimizações múltiplas, quando ela passa por uma pluralidade de experiências. O IEVA foi calculado pela soma de quatro itens relacionados às dinâmicas e consequências da atuação de grupos armados no território da Maré, e das respostas dos governos e da ação das Polícias. Cabe notar que as dinâmicas extrapolam a ocorrência de tiroteios, passam por dinâmicas de dominação territorial e incluem interações entre grupos armados, Polícias e a população residente na Maré, como no caso de

18 *Addiction Severity Index (ASI-6)*.

19 O Índice de Exposição à *Violência Armada* (IEVA) foi apropriado de diferentes formas pelas equipes de pesquisa do projeto **Construindo Pontes**, aparecendo com outras denominações, como Índice de Violência Experimentada (IVE, ou de Violência Objetiva - IVO) em contraposição ao Índice de Violência Subjetiva (IVS); aparece ainda como Índice de Exposição à Violência Comunitária, consonante à literatura internacional.

agressões e espancamentos, por exemplo.²⁰ As questões tinham escalas de mensuração ordinal de sete pontos,²¹ e a soma dos escores de quatro itens era dividida pelo número de casos válidos. Apenas os respondentes com três dos quatro itens respondidos foram considerados casos válidos. O Quadro 2, a seguir, mostra os itens considerados no cômputo do indicador.

Quadro 2 - Experiência objetiva de exposição à *violência armada*

EVENTOS EXPERIMENTADOS NOS ÚLTIMOS 12 MESES...
ESTEVE EM MEIO A UM TIROTEIO NA MARÉ
ESTEVE NUMA SITUAÇÃO EM QUE VIU ALGUÉM SENDO ESPANCADO OU AGREDIDO NA MARÉ
ESTEVE NUMA SITUAÇÃO EM QUE VIU ALGUÉM SENDO BALEADO OU MORTO/ ASSASSINADO NA MARÉ
ALGUÉM PRÓXIMO A VOCÊ FOI MORTO OU BALEADO NA MARÉ*

* Nesse item particular não havia a referência temporal dos últimos 12 meses. Fonte: Elaboração própria. 2021

20 Existia uma 5ª questão, que registrava se nos últimos 12 meses a pessoa tivera sua casa invadida. Embora esta seja uma violação recorrente, comum na interação dos moradores tanto com os grupos armados quanto com a Polícia, optou-se por não a considerar no índice. Tal opção ocorreu com o intuito de manter a comparabilidade com os dados provenientes de outra frente do projeto, um *Survey* aplicado com frequentadores de cenas de uso de drogas. Como muitas dessas pessoas residiam na rua, essa pergunta não foi realizada naquele questionário.

21 A escala de frequência de episódios de exposição à *violência armada* tinha sete opções de respostas: 0. “Nenhuma vez”; 1. “Uma vez”; 2. “Duas vezes”; 3. “Três vezes”; 4. “Quatro vezes”; 5. “Cinco vezes”; 6. “Mais de cinco vezes”.

Já o Índice de Violência Subjetiva (IVS)²² foi elaborado a partir de relatos de sentimentos de medo, percepção de risco, preocupação e sensação de insegurança experimentados cotidianamente por moradores e moradoras da Maré e relacionados às dinâmicas do fenômeno da *violência armada*. Nesse sentido, os relatos podem ser interpretados como outra forma (mais subjetiva) de exposição e experimentação da *violência armada*. O Índice contabiliza a frequência com que as pessoas se sentem ameaçadas e expressam determinadas preocupações com a questão da violência, incorporando-as em suas rotinas. O IVS é calculado como a soma de nove itens, com escalas de frequência de mensuração ordinal de cinco pontos.²³ A soma dos escores de quatro itens foi dividida pelo número de casos válidos, de modo que apenas as pessoas que respondiam a, pelo menos, sete dos nove itens foram consideradas como casos válidos. O Quadro 3, a seguir, traz as questões consideradas para o cálculo do Índice.

²² Também denominado índice de medo e sensação de insegurança.

²³ A escala ordinal da frequência com que a pessoa sentia medo tinha cinco opções de respostas: 0. “Não sente medo”; 1. “Raramente”; 2. “Algumas vezes”; 3. “Muitas vezes”; 4. “Sempre”.

Quadro 3 - Experiência subjetiva de exposição à violência armada

COM QUE FREQUÊNCIA SENTE MEDO DE...
SER ATINGIDO(A) POR UMA BALA PERDIDA NA MARÉ
QUE ALGUÉM PRÓXIMO SEJA ATINGIDO(A) POR UMA BALA PERDIDA NA MARÉ
SOFRER UMA AGRESSÃO FÍSICA OU VERBAL DENTRO DA MARÉ
QUE ALGUÉM PRÓXIMO SOFRA UMA AGRESSÃO FÍSICA OU VERBAL DENTRO DA MARÉ
TER PERDA ECONÔMICA/MATERIAL OU DE PERDER O TRABALHO POR CONTA DE ALGUMA SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA MARÉ
TER QUE SE ENVOLVER COM ATIVIDADES ILÍCITAS OU ILEGAIS
QUE ALGUÉM PRÓXIMO TENHA QUE SE ENVOLVER COM ATIVIDADES ILÍCITAS OU ILEGAIS
FALAR O QUE PENSA OU SENTE NA MARÉ
CIRCULAR NA MARÉ

Fonte: Elaboração própria. 2021

2.4 CARACTERÍSTICAS E REPRESENTATIVIDADE DA AMOSTRA

Devido às próprias características da população pesquisada, composta em sua maioria por pessoas sem residência fixa, e intensa flutuação e transitoriedade de lugares e territórios, não foi possível obter um cadastro ou marco amostral²⁴ que viabilizasse a seleção de uma amostra aleatória de pessoas a serem entrevistadas. Além disso, essas mesmas características que inviabilizaram a elaboração de um cadastro trouxeram dificuldades logísticas de acesso a essa população. Adicionalmente, os níveis de isolamento, vulnerabilidade e vitimização sofridos por algumas pessoas que frequentam as cenas de uso de drogas fazem com que a desconfiança seja grande e, muitas vezes, elas sejam refratárias a esforços de aproximação para a pesquisa.

Nesse contexto, a amostra empregada para a realização do levantamento com pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas na Maré foi não probabilística, sem seleção aleatória de entrevistados. O esquema amostral empregado é conhecido como *amostra por conveniência*, no qual a amostra é gerada sem cadastro, de acordo com a facilidade do acesso e a disponibilidade das pessoas a serem entrevistadas. Para se chegar às pessoas, a pesquisa contou com o apoio de moradores e moradoras das próprias cenas, que foram esporadicamente contratadas/os para introduzir a pesquisa e convidá-las para serem entrevistadas.

É importante frisar que, embora não tenha havido qualquer cota ou filtro segundo sexo ou idade, por exemplo, como ocorrem em estudos não probabilísticos em pontos de fluxo, com amostragem por cotas, houve uma orientação e esforços logísticos para visitar diferentes cenas e convidar pessoas com diferentes experiências de rua. Tal perspectiva segue uma regra comumente empregada na seleção de amostras qualitativas de casos múltiplos, conhecida como *princípio de diversificação*. A ideia é diversificar os

²⁴ Corresponde a uma listagem com todas as pessoas que compõem a população de interesse da pesquisa, a partir da qual, por sorteio, são selecionados os casos ou elementos que comporão a amostra aleatória.

casos, buscando maior variabilidade possível de experiências dentro de um grupo de pessoas, de modo a oferecer um retrato exaustivo e aprofundado de todo o conjunto de experiências vivenciadas. Na prática, a convivência e o cotidiano de quem vive e transita em meio à Avenida Brasil, uma das vias expressas mais importantes do município do Rio de Janeiro, podem ser bastante distintos das experiências passadas por quem vive em uma cena fixa, como o caso da cena existente na Rua Flávia Farnese, localizada no território da Maré.

As entrevistas foram realizadas no *Espaço Normal*, um espaço de referência sobre drogas, inaugurado pela Redes da Maré, e em funcionamento desde 2018. Este é um local de convivência, atendimento e redução de danos, que oferece apoio a pessoas que fazem uso prejudicial de drogas. O *Espaço Normal* e a equipe técnica de profissionais da Redes da Maré foram fundamentais para o estabelecimento da confiança necessária à realização das entrevistas, bem como para o atendimento e o acolhimento de demandas específicas observadas no momento das entrevistas.

O tamanho da amostra, fixado em 200 pessoas, se baseou em um conjunto de estimativas de diferentes fontes, seja de técnicos que trabalhavam com essa população ou de atores institucionais como o próprio *Espaço Normal* ou o ATENDA – Espaço de Atendimento Integrado. O ATENDA reúne serviços públicos, das Secretarias Municipais de Saúde e Assistência Social do Rio de Janeiro, e organizações da sociedade civil, que atuam em conjunto para oferecer atendimento integrado às pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas da Maré e seu entorno. A estimativa do ATENDA, corroborada por informações obtidas com técnicos, profissionais e outras organizações locais era que, diariamente, cerca de 200 pessoas frequentassem as cenas de uso de drogas na Maré.

Na mesma linha, um registro de controle de fluxo de frequentadores, realizado por técnicos do *Espaço Normal* apenas para a cena da Flávia Farnese, identificou que, entre frequentadores esporádicos ou assíduos

e moradores, 165 pessoas haviam passado pela cena no ano de 2019. Cerca de 80% haviam sido vistas na cena por mais de três meses. O número médio mensal de pessoas registradas na cena foi igual a 103.

O *Espaço Normal* possui um banco de dados com o cadastro das pessoas atendidas. Em 2019, esse cadastro possuía 455 registros, o número de pessoas que frequentaram o Espaço pelo menos uma vez naquele ano.²⁵ Essas pessoas não necessariamente estavam na rua, embora boa parte estivesse nessa situação. Entre as primeiras abordagens realizadas em 2019, 43,3% estavam em situação de rua e 15,8% eram pessoas abrigadas. Outros 32,8% correspondiam a pessoas domiciliadas na Maré, em sua maioria na Nova Holanda. As demais pessoas que chegaram ao *Espaço Normal* em 2019 (8,1%) vinham de localidades fora da Maré. Em suma, o total cadastral não conta apenas pessoas frequentadoras das cenas de uso da Maré.

Segundo os dados do cadastro, o *Espaço Normal* atendeu, em 2019, em média, 120 pessoas por mês. O número de atendimentos foi bem maior no segundo semestre, com média de 168 pessoas atendidas²⁶ contra 72, em média, no primeiro semestre de 2019. Das 455 pessoas registradas no *Espaço Normal*, em 2019, estima-se que cerca de 40%, ou seja, cerca de 200 pessoas, são frequentadoras regulares, que visitam o Espaço por vários meses seguidos. Um grupo menor, de pouco mais de 10%, era de usuários muito frequentes²⁷

Como exercício teórico, considerando-se como tamanho da população o número total de pessoas cadastradas pelo *Espaço Normal* (455 pessoas já atendidas, pelo menos, uma vez), e um nível de confiança de 95%, uma amostra de tamanho 200 implicaria erro amostral de cerca de 5%. Essa seria a margem de erro relativa para estimativas de percentuais simples para perguntas categóricas, caso a amostra fosse probabilística.

25 O cadastro possuía originalmente 464 pessoas, mas para nove não havia qualquer registro.

26 Cabe lembrar que uma pessoa pode ser atendida várias vezes.

27 Antes de interromper suas atividades e do início das medidas de distanciamento social impostas pelo contexto de pandemia de COVID-19 e crise sanitária, em março de 2020, o *Espaço Normal* atendia, em média, 60 pessoas por dia.

2.5 REFLEXÕES SOBRE OS DESAFIOS DE UMA PESQUISA MULTI E INTERDISCIPLINAR

2.5.1 MULTIDISCIPLINAR E/OU INTERDISCIPLINAR

O projeto **Construindo Pontes** propunha uma abordagem metodológica tanto multidisciplinar como interdisciplinar. Em sua proposta multidisciplinar, o projeto reuniu profissionais de diferentes campos do conhecimento que se debruçaram sobre um conjunto de temas e questões de pesquisa. O que caracterizou a abordagem multidisciplinar foi o estudo simultâneo de um mesmo objeto, observado sob perspectivas analíticas e saberes de áreas diferentes. Há um intuito de complementaridade e triangulação de interpretações, sem, contudo, estabelecer articulações entre as disciplinas que abordam o objeto comum de modo separado. A abordagem interdisciplinar foca seus esforços justamente na cooperação e na colaboração entre especialidades com qualificações diversas, produzindo conhecimento especializado a partir do intercâmbio de saberes e do estabelecimento de relações entre os conteúdos e perspectivas adotados.

Em seu planejamento, o **Construindo Pontes** indicava a prática colaborativa e interdisciplinar, destacando o caráter interinstitucional e transnacional²⁸ do estudo, que constava como aspectos constitutivos fundamentais, a serem incorporados em todos os estudos e etapas do projeto. A pesquisa se propunha a envolver diversos atores, como moradores, trabalhadores e membros das comunidades da Maré, colaboradores da sociedade civil e equipes de investigação universitária.

28 O projeto foi realizado como uma parceria entre Redes da Maré e People Palace Projects, que viabilizou conexões entre pesquisadores do Reino Unido (da Queen Mary University of London) e do Brasil – da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e, posteriormente, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

Todas as propostas se concretizaram. Foram realizadas diferentes iniciativas de pesquisa e de produção de dados e conteúdos, conduzidas basicamente por equipes disciplinares das Ciências Sociais, da Saúde Mental e Coletiva, da Economia da Cultura e das Artes. Ocorreram encontros regulares com interação e coprodução entre as equipes. Além disso, diversos atores foram ouvidos e colaboraram com o estudo. Entretanto, o fato de o trabalho multi e interdisciplinar ter sido realizado, não significou necessariamente que tenha ocorrido de forma linear e sem percalços.

Na prática, diferenças no modo como as diversas “comunidades científicas” desenvolvem o trabalho de pesquisa nos seus respectivos campos representaram desafios. Tais diferenças implicavam pautas, interesses e prioridades de pesquisa, visões de mundo e posicionamento político, regras de decisão metodológica, formas de interpretação e análise bem distintas. Configuram-se culturas de pesquisa discrepantes, com abordagens destoantes sobre os mesmos episódios e fenômenos e, no limite, sobre os mesmos dados.

A realização do *Survey* constituiu um caso particular desse contexto. A construção do questionário foi um exercício interdisciplinar por excelência, com participação e interação das equipes. O esforço conjunto, no balanço entre custo, tempo e conteúdos a serem verificados, possibilitou o reconhecimento de diferentes perspectivas entre as equipes, que puderam expressar suas pautas e prioridades de pesquisa, entendimentos sobre quais eram as informações e dados relevantes, e acerca de formas e níveis de detalhamento com os quais certos temas precisavam ser abordados.

Dentro desse contexto, alguns assuntos foram muito detalhados, mas tiveram menor rendimento analítico, enquanto para outros temas constatou-se, posteriormente, que deveriam ser mais bem-explorados, sendo consultados com um nível de detalhamento maior. Algumas questões, comuns em processos de pesquisa de tipo *Survey*, só foram observadas durante o processo de análise, com os dados já coletados.

O processo de trabalho nos garantiu a pluralidade e a complementaridade projetadas no início do projeto, conduzindo, em alguns casos, a dificuldades de conciliação de perspectivas e de manutenção de uma única linha narrativa, o que pode ser considerado positivo, dentro da proposta da pesquisa. Isso fez com que o conjunto de produtos finais pudesse imputar ao projeto um caráter mais multidisciplinar do que interdisciplinar. Nas próximas seções serão apresentadas algumas destas questões.

2.5.2 USO DE INDICADORES SINTÉTICOS X VARIÁVEIS ESPECÍFICAS

O *Survey* levantou uma grande quantidade de dados sobre dimensões e temas substantivos, permitindo observar o perfil e as condições de vida das pessoas que frequentavam as cenas de uso de drogas da Maré sob diferentes perspectivas. Vários construtos teóricos foram propostos e articulados no desenvolvimento das análises, e conduziram ao cálculo de indicadores compostos, que agregaram diferentes informações numa única medida sintética. Esse foi o caso de índices já validados e consolidados em trabalhos nacionais e internacionais, como os computados a partir do BSI, MANSA e ASSIST, mas, igualmente, de índices propostos especificamente para esse projeto, como as medidas de exposição dos moradores das favelas da Maré à *violência armada*, de medo e sensação de insegurança e os indicadores de práticas e consumo culturais.

O uso de indicadores sintéticos é amplamente utilizado em diversos campos, como na Epidemiologia e Saúde Coletiva, na Psicologia Social, na Sociologia. Porém, existiram dúvidas em relação à sua utilização, provenientes, sobretudo, da equipe das Ciências Sociais. Tais questões foram no sentido de que alguns indicadores reuniam um vasto conjunto de conteúdos e poderiam provocar certa confusão conceitual, dificultando a interpretação dos dados. Apontavam ainda para o risco de automatismo e distanciamento acentuado, e preocupação com certa “reificação” do indicador, como

analisado por Jannuzzi (2002), no qual a medida poderia se tornar mais importante do que o próprio conceito e a realidade que expressava. Neste sentido, houve cuidado para que os relatos não fossem desumanizados pelo uso demasiado dos indicadores.

Em suma, alguns dos trabalhos apresentados nesta publicação exploram amplamente os indicadores sintéticos e índices criados, outros os utilizam menos, optando pelo detalhe. Alguns preferiram o uso de variáveis mais simples, mantendo as análises mais próximas dos relatos diretos oferecidos pelas pessoas entrevistadas.

2.5.3 QUESTÕES POLÍTICAS E ÉTICAS

A discussão sobre o emprego de indicadores sintéticos traz como questão de fundo outra característica marcante da ambiência do projeto. Indicadores e estatísticas sociais emitem mensagens políticas e permitem apropriações e interpretações diversas, podendo ser utilizados para informar pontos de vista, opiniões e mesmo decisões políticas, para definir pautas e agendas, ou em avaliações de iniciativas públicas, entre outros usos. A mesma colocação cabe para outros resultados e achados da pesquisa. Além disso, em seu desenvolvimento técnico e metodológico, a concepção e o cálculo de indicadores requerem uma série de decisões e julgamentos que devem ser levados em conta em sua interpretação, para evitar conclusões equivocadas ou demasiadamente simples.

O cuidado com as interpretações e as consequências da comunicação de resultados constituem tópico relevante, na medida em que a pesquisa toca assuntos socialmente delicados, como padrões de uso de drogas, narrativas sobre saúde mental e contextos sociais e institucionais de Segurança Pública. Situação ainda mais delicada quando trata das pessoas usuárias de drogas e em situação de rua. Para todos estes temas, houve sempre preocupação em conduzir as discussões e veicular os achados da pesquisa de forma

ética, sem aprofundar estereótipos, e com atenção às repercussões políticas e suas contribuições para o planejamento e execução de serviços sociais e políticas públicas.

2.6 PERFIL SOCIOECONÔMICO E COMO ESTABELECE COMPARAÇÕES

Um dos interesses da pesquisa foi comparar as condições de vida e saúde das pessoas que frequentavam as cenas de uso de drogas da Maré, com as condições levantadas para toda a população adulta desse território, observadas pela aplicação do *Survey* domiciliar, no Livro 1.

Ocorre que o perfil sociodemográfico das pessoas frequentadoras das cenas de uso é bastante específico. Sua população possui características distintas do perfil registrado no *Survey* domiciliar. Se as diferenças entre os perfis sociodemográficos das amostras são, justamente, um resultado de pesquisa a ser observado, por outro lado, configuram um obstáculo metodológico para analisarmos certas comparações. De fato, características sociodemográficas básicas, como sexo e faixa etária, podem influenciar bastante o comportamento de variáveis que representem, por exemplo, os níveis de exposição à *violência armada* ou o medo da violência. Para mitigar o impacto dessa diferença, optou-se por utilizar, nas análises comparativas, não apenas os dados da população adulta residente na Maré, mas os de um subgrupo específico dessa população domiciliada, com perfil mais próximo dos entrevistados das cenas de uso.

Em suma, a amostra de pessoas entrevistadas nas cenas de uso de drogas é: (a) mais masculina, com um percentual de homens igual a 71,5% contra 48,7% da população adulta domiciliada da Maré; (b) mais negra, de modo que 85% das pessoas dessa amostra eram pardas (36,5%) e, sobretudo, pretas (48,5%), enquanto esse percentual para a população adulta da Maré foi

de 65,8%, com 45,8% das pessoas entrevistadas se autodeclarando pardas e 20% se declarando pretas. Há, portanto, um percentual mais elevado de pessoas negras e uma inversão no peso da população preta, que é maior do que a proporção de pessoas pardas, entre as pessoas frequentadoras nas cenas de uso, que também são (c) mais jovens, já que 75% estão na faixa de 18 a 40 anos, contra 57% na população adulta total da Maré e; (d) menos escolarizadas, pois enquanto 64% das pessoas entrevistadas nas cenas tinha o Ensino Fundamental incompleto ou menos, na população adulta domiciliada esse percentual foi de 40%.

Para compensar o peso da diferença demográfica, foi criado um grupo de comparação, a partir da seleção de casos específicos da amostra do *Survey* domiciliar. O método utilizado para compor esse grupo foi uma técnica de pareamento estatístico conhecida como *escores de propensão* (GUO; FRASER, 2009). Basicamente, foi realizado um procedimento de subamostragem no qual, para cada uma das 200 pessoas entrevistadas nas cenas de uso de drogas, buscava-se - na amostra da pesquisa domiciliar - uma pessoa exatamente com os mesmos atributos de idade, sexo e cor.²⁹ Quando duas ou mais pessoas da amostra domiciliar coincidiam em perfil com uma pessoa das cenas de uso, a seleção ocorria aleatoriamente, por sorteio, entre as opções de pareamento. A subamostra resultante desse processo possuía 160 casos (já que nem todos os casos puderam ser pareados) e correspondeu a um grupo de comparação equivalente, para o qual foram calculadas as estatísticas comparativas.³⁰

29 O pareamento foi realizado a partir de um banco de dados que combinava as duas amostras, utilizando uma regressão logística que modelava a probabilidade de uma pessoa pertencer à amostra das cenas de uso. Estas probabilidades de pertencimento preditas pelo modelo são os *escores de propensão*. Pessoas de amostras diferentes com escores de propensão muito próximos são pareadas.

30 O grupo de comparação composto por pareamento estatístico foi utilizado neste texto e no elaborado pela equipe das Ciências Sociais. Neste último texto, foi empregado ainda um segundo grupo de comparação, formado por uma seleção das pessoas que residiam no estrato da Área 1, dominado por uma facção do tráfico de drogas. Essa opção foi baseada no fato de que as cenas de uso de drogas da Maré se concentram geograficamente nessa região.

Para constatar a equivalência dos grupos nas dimensões demográficas empregadas no pareamento, basta verificar o tamanho das diferenças observadas com e sem a aplicação do grupo de comparação. O percentual de homens no grupo de comparação era igual a 72,8%, um valor muito próximo dos 71,5% registrados na amostra das cenas de uso e distante dos 48,7% na população adulta domiciliada da Maré. A população negra compunha 83,8% no grupo de comparação (era 85% na amostra das cenas de uso e 65,8% para a população adulta da Maré), e as pessoas nas faixas mais jovens, de 18 a 40 anos, eram 77% (contra 75% na amostra das cenas de uso e 57% da população adulta da Maré). O uso do grupo pareado torna as análises independentes da estrutura demográfica.

3. PERFIS DA POPULAÇÃO FREQUENTADORA DAS CENAS DE USO DE SUBSTÂNCIAS NA MARÉ

3.1 ESTAR NAS RUAS

Das 200 pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas, entrevistadas no *Espaço Normal*, 179 estavam em situação de rua - o que corresponde a 89,5%. Esse percentual destoava da estatística registrada pelos técnicos do *Espaço Normal*, em que 43,3% estavam em situação de rua, indicando que os públicos eram distintos. Além disso, 10,5% das pessoas entrevistadas das cenas de uso afirmaram não estar em situação de rua, número inferior aos 32,8% registrados no *Espaço Normal*, que representavam as pessoas domiciliadas na Maré. Esta diferença reforça a confiança no fato de que a amostra analisada neste Estudo 2 não representa apenas a população atendida pelo *Espaço Normal*, mas uma população mais geral de pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas na Maré e seu entorno.

Para as pessoas entrevistadas que estavam em situação de rua, foi perguntado em que lugar, nos últimos três meses, elas dormiram a maioria das noites. 72,3% afirmaram dormir nas cenas de uso de drogas, sendo as maiores concentrações nas cenas da Avenida Brasil (30,5%), Flávia Farnese (23,7%) e nas cenas dos bairros de Ramos e Bonsucesso (11,3%). Além dessas, uma parcela menor pernoitava em outras cenas de uso de drogas (6,8%). Um número considerável das pessoas entrevistadas (27,7%) revelou uma grande variedade de lugares, geralmente nas ruas e, em menor grau, quartos de hotéis ou pensões, abrigos e albergues, ou mesmo a casa de amigos e familiares.

Em relação ao tempo em que estavam em situação de rua, um dado que impressiona é que mais da metade das pessoas entrevistadas (57,3%) estava nas ruas há 2 anos ou mais, sendo que 30,3% há mais de 5 anos.

Quadro 4 - Há quanto tempo estava em situação de rua

% e Faixas de tempo	
5,1%	Menos de 1 mês
16,3%	De 1 a seis meses
5,1%	De 6 meses a 1 ano
16,3%	De 1 a 2 anos
27,0%	De 2 a 5 anos
30,3%	Mais de 5 anos

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria. 2021

3.2 PADRÃO DE USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

No que se refere ao consumo de substâncias psicoativas, o estudo apresentado no Livro 1 estimou que 17% da população adulta da Maré nunca tinham utilizado, na vida, qualquer substância, mesmo lícita, como bebidas alcoólicas ou derivados do tabaco. Na subamostra com composição demográfica equivalente às pessoas que frequentavam as cenas de uso de drogas esse percentual foi bastante similar, de modo que 15,7% nunca haviam sequer experimentado qualquer substância. Na amostra do estudo analisada neste Estudo 2, praticamente todas as pessoas entrevistadas (com exceção de uma) afirmaram já terem utilizado, na vida, alguma ou várias das substâncias entre as pesquisadas.

Além disso, as pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas citaram maior número de substâncias já experimentadas na vida. As 200 pessoas entrevistadas citaram 1.037 vezes diferentes substâncias, o que conduz a uma média de 5,2 citações por pessoa, de uma lista que continha 10 tipos de substâncias e mais uma possibilidade de citar outras substâncias. A média de substâncias citadas como já experimentadas no grupo de comparação com perfil equivalente aos frequentadores das cenas foi igual a 1,5 e para a população adulta da Maré foi 1,4 por pessoa.

Enquanto na população adulta da Maré e no grupo de comparação equivalente a substância proporcionalmente mais citada foi bebida alcóolica (78,8% e 82,2%, respectivamente), entre as pessoas frequentadoras das cenas de uso as mais citadas foram os derivados do tabaco (92%), seguidos pela cocaína (90%), maconha (88,5%) e só então bebidas alcoólicas (85,5%). Na população em geral e no grupo de comparação, a experiência de ter experimentado essas substâncias teve uma incidência muito menor: 36,7% e 35,1% para os derivados do tabaco; 4,1% e 6,7% para cocaína; 13,8% e 18,1% para maconha. O percentual de pessoas que já havia usado crack, que é irrisório na população adulta em geral (0,6%) e mesmo entre as pessoas do grupo de comparação equivalente (1,4%), foi expressivo entre as pessoas frequentadoras das cenas de uso (74%).

Dois pontos merecem ser destacados: primeiramente, embora a proporção de pessoas que experimentaram substâncias ilícitas tenha sido um pouco maior entre aquelas que integravam o grupo de comparação, esta ficou longe das estatísticas registradas pelas pessoas entrevistadas das cenas de uso; um segundo ponto que cabe ser mencionado é que, embora o surgimento das cenas de uso de drogas esteja muito associado, no nível das representações sociais, ao consumo prejudicial de *crack*, cerca de 26% das pessoas entrevistadas afirmaram sequer ter experimentado tal droga.

Na parcela da população adulta que havia experimentado pelo menos alguma substância, 53,8% haviam provado um único tipo e 32,6% usado apenas duas drogas. Assim, os 86,4% da população adulta que afirmaram ter consumido na vida algum tipo de produto psicoativo, haviam experimentado uma ou duas substâncias. No grupo de comparação equivalente à população das cenas, esses percentuais foram muito similares, ficando em 50,9% e 32,8% – totalizando 83,7%. Para as pessoas frequentadoras das cenas de uso, a escala é deslocada para cima, de modo que 93% das pessoas afirmaram ter experimentado três ou mais substâncias, sendo mais frequentes aqueles que haviam usado cinco (24,1%) ou seis substâncias (22,1%).

Além disso, foi verificado o uso das mesmas substâncias nos últimos três meses. Assim como na pergunta anterior, praticamente todas as pessoas entrevistadas nas cenas de uso afirmaram ter feito uso de alguma substância no último trimestre, apenas três afirmaram não ter usado nenhuma substância no período. Esse percentual foi 29,1% para a população adulta da Maré, e 24% para o grupo de comparação, com características equivalentes.

Obviamente, o número de drogas e substâncias citadas, consumidas nos últimos três meses, é menor do que as já experimentadas em algum momento na vida. Entre as pessoas frequentadoras das cenas de uso, por exemplo, que haviam citado 1.037 substâncias, como já experimentadas na vida, o número de drogas utilizadas nos últimos três meses caiu para 680, uma redução de 34%. O número médio de citações caiu de 5,2 para 3,4 citações por pessoa.

As substâncias mais utilizadas foram os derivados de tabaco, utilizados por 80,5% dessa população. Houve, contudo, uma alteração no rol de substâncias mais usadas: o *crack* foi a segunda substância mais recentemente utilizada pelas pessoas nas cenas, tendo sido citado por 63% das pessoas entrevistadas, enquanto a maconha foi a terceira, com um percentual muito próximo (62%). A cocaína, que havia sido experimentada pelo menos uma vez na vida por 90% das pessoas frequentadoras das cenas, foi recentemente utilizada por 55% das pessoas. Só então apareceram as bebidas alcólicas, citadas por pouco mais da metade (52%) das pessoas entrevistadas. Cabe destacar o percentual considerável de pessoas (24,5%) que afirmaram ter consumido, nos últimos três meses, substâncias inalantes. O percentual de pessoas que utilizavam três ou mais substâncias foi igual a 70,5%. A maior concentração de casos estava na faixa daquelas que usaram quatro substâncias nos últimos três meses (26,5%), seguida das pessoas que usaram três (20,5%) e duas substâncias (17%).

No que diz respeito à frequência de uso das substâncias, observamos que as pessoas que utilizaram recentemente, no último trimestre, derivados de tabaco e *crack* têm, em sua grande maioria, o hábito de consumo diário – 92% consumiam tabaco e 84,6% das que consumiam *crack* afirmaram utilizar tais substâncias diariamente. Para o consumo de maconha, esse percentual foi igual a 64% e para os inalantes 48,6%. Já o consumo de bebidas alcólicas apresentou um percentual menor de uso diário (29,8%), nesse caso, o consumo semanal foi mais frequente (46,4%).

Tabela 1 - Experiência e uso recente de substâncias psicoativas das pessoas que frequentavam as cenas de uso da Maré

Substância	Parcela da população que frequentava as cenas de uso de drogas da Maré que...		
	provou alguma vez na vida	(..) fez uso nos últimos 3 meses	(..) fez uso diário nos últimos 3 meses
Derivados do tabaco	92,0%	80,5%	92,0%
Bebidas alcoólicas	85,5%	52,0%	29,8%
Maconha	88,5%	62,0%	64,0%
Cocaína	90,0%	55,0%	25,3%
Crack	74,0%	63,0%	84,6%
Anfetaminas ou êxtase	24,0%	2,0%	0,0%
Inalantes	47,5%	24,5%	48,6%
Hipnóticos / sedativos	5,0%	0,5%	0,0%
Alucinógenos	8,5%	0,5%	0,0%
Opioides	2,0%	0,0%	0,0%
Outra substância	1,5%	0,0%	0,0%

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria. 2021

Num comparativo com a população adulta da Maré e o grupo de controle equivalente, com perfil similar às pessoas das cenas, vimos que a média de substâncias citadas, que já era relativamente baixa, cai ainda mais. No grupo de comparação ela foi igual a 0,84, e na população adulta da Maré ficou em 0,7 por pessoa. As drogas mais comumente consumidas foram as bebidas alcoólicas, citadas por 49% da população em geral e 55,6% das pessoas no grupo de comparação e, com um percentual bem menor, os derivados de tabaco (14,5% na população adulta e 17,7% no grupo de comparação).

O uso de outras substâncias nesses grupos foi pequeno. A maconha, que foi a terceira substância mais utilizada, foi citada por apenas 5% da população adulta e 6,7% das pessoas no grupo de comparação. Cocaína e crack foram citados por menos de 0,5% dessas pessoas. Neste sentido, é possível perceber um padrão de uso de drogas e substâncias diverso entre as pessoas frequentadoras das cenas e as pertencentes ao grupo de comparação que, com um mesmo perfil sociodemográfico, têm um padrão de consumo de substâncias mais próximo da população adulta geral da Maré.

O bloco sobre o padrão de uso de substâncias psicoativas (legais e ilegais) empregou um protocolo de investigação para a detecção do uso e envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas denominado ASSIST³¹ (WHO ASSIST Working Group, 2002; SENAD, 2014). O ASSIST permite o cálculo de índices ou escores de envolvimento que podem ser calculados por substância estudada, uma medida que reúne informações sobre a frequência de uso, padrões de abstinência e desejo de consumo, e consequências sociais do abuso destas substâncias.

³¹ Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test.

Quadro 5 - Composição do ASSIST

Perguntas do ASSIST	Categorias (peso da categoria)
de uso da substância	Frequência
com que teve desejo forte ou urgência de consumo	Nunca (0), Uma ou duas vezes (2), Mensalmente (3) Semanalmente (4), Diariamente (6)
com que o consumo resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro	Nunca (0), Uma ou duas vezes (3), Mensalmente (4) Semanalmente (5), Diariamente (6)
com que deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por conta do uso	Nunca (0), Uma ou duas vezes (4), Mensalmente (5) Semanalmente (6), Diariamente (7)
Amigos, parentes ou outras pessoas demonstraram preocupação com uso da substância	Nunca (0), Uma ou duas vezes (5), Mensalmente (6) Semanalmente (7), Diariamente (8)
Alguma vez já tentou controlar, diminuir ou parar o uso da substância e não conseguiu	Não, nunca (0), Sim, nos últimos 3 meses (6), Sim, mas não nos últimos 3 meses (3)

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria. 2021

Os resultados dos escores podem ser classificados em faixas de “níveis de envolvimento”, indicando grupos de pessoas com padrões de uso mais abusivos (mais recorrente e com potenciais riscos e prejuízos sociais e à saúde). Para cada substância, é possível calcular o percentual de usuários com níveis médio ou alto de envolvimento, por exemplo. A substância que apresentou maior percentual de pessoas com alto nível de envolvimento foi o *crack* – 53,4% dos usuários estavam nessa categoria. Para os derivados de tabaco, esse percentual foi 23,7%, a segunda substância em termos de altos níveis de envolvimento no padrão de consumo.

Tabela 2 - Níveis de envolvimento com substâncias psicoativas

Substância	Médio nível de envolvimento			Alto nível de envolvimento		
	Na população adulta de usuários recentes da Maré	Nas cenas de uso de drogas	Para o grupo de comparação	Na população adulta de usuários recentes da Maré	Nas cenas de uso de drogas	Para o grupo de comparação
Derivados do tabaco	38,4%	66,1%	51,9%	6,0%	23,7%	5,2%
Bebidas alcoólicas	16,1%	24,6%	16,2%	1,0%	16,4%	1,2%
Maconha	42,6%	65,0%	49,2%	0,5%	14,1%	0,0%
Cocaína	39,2%	54,4%	58,9%	0,05%	18,7%	4,6%
Crack	NA*	38,5%	NA*	NA*	53,4%	NA*
Inalantes	NA*	53,1%	NA*	NA*	10,4%	NA*

* O número de pessoas que consumiam essas substâncias foi muito pequeno para calcularmos percentuais.

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria. 2021

Mais uma vez, os padrões de uso de drogas foram bastante distintos entre as pessoas entrevistadas nas cenas de uso e a população adulta da Maré, mesmo considerando um grupo de comparação, com perfil sociodemográfico similar. Tal distinção se dá tanto no que concerne às experiências e experimentações de diferentes tipos de drogas, quanto em relação às substâncias recente e regularmente consumidas, na frequência do consumo e no nível de envolvimento. As pessoas que frequentavam as cenas de uso haviam experimentado mais e uma variedade maior de substâncias têm um padrão com registro de uso recente e mais frequente.

Por fim, os tipos de substâncias consumidas e o grau de envolvimento são distintos. Na população adulta em geral, o consumo de álcool é predominante, sendo a única substância com consumo recente próximo à metade da população (49%). Neste grupo, mesmo o consumo de derivados de tabaco não é amplo, apenas 14,5% fizeram uso recente, nos últimos três meses, e apenas 10,6% faziam uso diário. O percentual de pessoas com alto envolvimento, cujas rotinas e a saúde são comumente afetadas pelo consumo de substâncias, foi baixo. Para a população frequente nas cenas de uso, o consumo recente e regular de um maior número de substâncias foi registrado: mais da metade havia consumido drogas como maconha, cocaína e *crack* nos últimos três meses. No caso do *crack*, boa parte dos usuários fazia consumo diário. Além disso, quase um quarto fez uso recente de inalantes. O consumo de tabaco também foi superior para as pessoas que frequentavam as cenas de uso: 80,5% utilizaram derivados de tabaco no último trimestre; 92% fizeram uso diário e o percentual de pessoas com alto envolvimento chegava a 23,7%.

3.3 ALFABETIZAÇÃO E ESCOLARIDADE

Entre as pessoas entrevistadas nas cenas de uso de drogas da Maré, 92% sabiam ler e escrever. Na população adulta domiciliada na Maré, o percentual foi igual a 93,7%, e no grupo de comparação, demograficamente equivalente aos frequentadores das cenas de uso, o percentual de alfabetização foi igual a 93,3%.

Cabe ressaltar que o analfabetismo possui forte condicionamento geracional, com taxas maiores de alfabetização para os jovens e menores entre as pessoas mais velhas. Assim, a proximidade da taxa de alfabetização da população adulta geral da Maré e as taxas específicas das pessoas nas cenas de uso e de seu grupo de comparação equivalente são apenas aparência. Isso ocorre, porque, na prática, os dois grupos são mais jovens, tendo idades médias menores (34,3 e 33,2 anos) à registrada na população adulta da Maré, igual a 39,9 anos. Em suma, o fato de os níveis de alfabetização serem similares, mas os perfis etários diferentes, mostra que as pessoas mais jovens nas cenas de uso sabem ler e escrever proporcionalmente menos do que as pessoas mais jovens da população em geral.

Com 18 anos de idade, espera-se, idealmente, que uma pessoa jovem tenha concluído ou, pelo menos, que ela esteja cursando o último ano do Ensino Médio. Se entre a população adulta da Maré o percentual de adultos que tinham completado o Ensino Médio era apenas 35,3%, o percentual foi ainda mais baixo para as pessoas frequentadoras das cenas de uso. Nesse grupo, apenas 18% haviam completado o Ensino Médio, em 2019. É interessante notar que para o grupo de comparação, com características etárias, de sexo e raça equivalentes às pessoas que frequentavam as cenas de uso, o percentual com Ensino Médio completo foi mais elevado, ficando em 47,4%. Tal resultado sugere que, além da composição sociodemográfica, existem outros fatores, na experiência das pessoas frequentadoras das cenas de uso, que funcionam como desvantagens comparativas, interrompendo trajetórias de escolarização e promovendo a desinserção educacional.

A maioria das pessoas frequentadoras das cenas de uso (64%) não tinha escolaridade formal, ou não tinha concluído sequer o Ensino Fundamental. Esse percentual era 40,6% na população adulta da Maré (em média, com mais idade), e apenas 29,2% no grupo de comparação com composição equivalente, mas domiciliado. Além disso, apenas quatro das 200 pessoas estavam estudando, no momento da entrevista.

3.4 OCUPAÇÃO E RENDA

Não foi um dos objetivos do *Survey* domiciliar apurar, em detalhes, as condições socioeconômicas da população da Maré, nem estimar, por exemplo, taxas de ocupação e desocupação. Assim, tanto no que se refere à ocupação quanto à renda da população, as medidas e variáveis registradas nos dão algumas aproximações pouco precisas destas condições. Relativamente à população que frequentava as cenas de uso de drogas, composta por uma proporção elevada de pessoas em situação de rua, este registro ganha contornos particulares.

Em referência à ocupação, o instrumento questionava a situação da pessoa entrevistada quanto ao emprego, oferecendo as opções: “sem emprego”, “trabalho voluntário” ou “trabalho regular”. Essa última categoria contemplava tipos de trabalho informal e autônomo, bem como os “bicos”, serviços informais esporádicos.

Uma vez que não verificamos se uma pessoa “sem emprego” tomou qualquer providência para retornar à atividade econômica, não podemos classificá-la como “desocupada”, mas sim como “não ocupada”, que inclui aquelas fora do mercado de trabalho, que desistiram de procurar emprego, aposentadas ou estudantes, por exemplo.

Quando consultadas em relação ao trabalho, 63% das pessoas que frequentavam as cenas de uso de drogas afirmaram estar ocupadas, com trabalho regular (61,5%) ou voluntário (1,5%). Esse percentual foi pouco maior

do que o registrado na amostra domiciliar, que estimou, para o ano de 2019, que 56,7% da população adulta da Maré estavam ocupadas. Para o grupo de comparação, selecionado com características similares à população que frequenta as cenas de uso, o percentual de ocupação foi 60,5%.

É interessante notar que a informação sobre ocupação (63%) e não ocupação (37%) das pessoas frequentadoras pode ser qualificada a partir de questões abertas presentes no questionário. A questão sobre renda foi um pouco diferente da aplicada à amostra domiciliar, que consultava a renda domiciliar mensal. No estudo apresentado nesse Livro 2, foi perguntado quanto a pessoa conseguia ganhar, em média, por dia de trabalho. Essa era uma forma de captar a instabilidade e a informalidade das atividades desempenhadas pela população. Era uma pergunta aberta. Em conjunto com outro campo também aberto, e de livre preenchimento pelas entrevistadoras, a pergunta sobre a renda permitiu explorar, em detalhe, as atividades e formas de auferir a renda das pessoas nas cenas de uso de drogas.

Foram citadas 104 atividades laborais, a maioria relacionadas aos pequenos serviços. A maioria das respostas (43%) listou atividades de “garimpo”, que remetem ao trabalho de recolher materiais nas ruas que possam ser vendidos, reciclados ou reaproveitados; 22,5% afirmaram realizar esse tipo de atividade. Outras atividades que apareceram, com frequência, foram os vendedores de rua, ambulantes ou camelôs e os chamados “bicos”. Em suma, a listagem de ocupações corresponde, sobretudo, a um conjunto de atividades autônomas, informais e precárias, de caráter instável e rendimentos diários incertos.

Tabela 3 - Atividades ocupacionais citadas

Atividades ocupacionais	% das atividades citadas (n = 104)	% sobre total da amostra (n = 200)
“Garimpo”, coleta de recicláveis e catadores de latinhas	43%	22,5%
Vendedores de rua, ambulantes ou camelôs	13%	6,5%
“Bicos” e pequenos serviços esporádicos	10%	5,0%
Obras, instalações e serviços de construção civil	9%	4,5%
Prostituição e serviços de acompanhante	5%	2,5%
Outros serviços (serviços estéticos, limpeza de carros, etc.)	5%	2,5%
Pede dinheiro na rua	4%	2,0%
“Flanelinha” e guardadores de carros	3%	1,5%
Artesanato	2%	1,0%
Vendas em lojas, comércios e brechós	2%	1,0%
Trabalhos na feira	2%	1,0%
Transportes coletivos (cobradores) ou mototáxi	2%	1,0%
Malabarismos e atividades artísticas em sinais de trânsito	1%	0,5%
Serviços de limpeza	1%	0,5%
Total	100%	52,0%

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria. 2021

Das 200 pessoas entrevistadas, 126 disseram estar ocupadas em trabalhos e 84 (42%) tinham informações qualitativas complementares sobre as atividades desempenhadas. No entanto, diferentemente do que se poderia supor, a interseção entre as 126 pessoas ocupadas e as 84 que citaram atividades ocupacionais desempenhadas para auferir renda estava longe de ser grande. Entre as ocupadas, apenas 33,3% citaram atividades ocupacionais. Já entre as pessoas não ocupadas, mais da metade (56,8%) citou algum tipo de atividade. No cruzamento das duas informações (ocupação e não ocupação/citar ou não citar uma atividade ocupacional), temos quatro possibilidades, e em apenas uma delas as pessoas estavam realmente não ocupadas, isto é, se diziam não ocupadas e não citavam qualquer atividade ocupacional desempenhada, ou seja, 16% das 200 entrevistadas. 21% das pessoas entrevistadas citaram atividades desenvolvidas, mesmo afirmando não terem trabalho ou não estarem ocupadas, e 42% se disseram ocupadas sem contar, entretanto, quais os tipos de atividades realizavam.

Tabela 4 - Condição de ocupação e atividades ocupacionais citadas

Condição de ocupação e atividades ocupacionais	Renda Média Diária
16% Não ocupadas e sem citar atividades	R\$ 22,65
21% Não ocupadas, mas citaram atividades	R\$ 46,95
42% Ocupadas e sem citar atividades	R\$ 51,20
21% Ocupadas e citaram atividades	R\$ 48,12

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria. 2021

É importante observar que parte das pessoas entrevistadas simplesmente não considerou algumas das atividades realizadas como *trabalho*, talvez, justamente, por serem excessivamente informais e precárias.

Estas, no entanto, garantem algum rendimento e ajudam na sobrevivência, embora muitas vezes paguem abaixo dos valores praticados no mercado. “Bicos” e atividades de “garimpo”, por exemplo, tendem a não ser considerados um “trabalho regular”.

Em relação aos rendimentos, apenas 11,7% das pessoas entrevistadas afirmaram não terem qualquer renda. 29,1% afirmaram conseguir ganhar, em média, R\$ 25,00 por dia, e 35,7% informaram conseguir entre R\$ 26,00 e R\$ 50,00 por dia de trabalho. Logo, pouco mais de 75% das pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas ganham até R\$ 50,00 por dia. Um quarto das pessoas afirmou ter renda diária superior a R\$ 50,00.

A renda média diária das pessoas ocupadas foi igual a R\$ 50,00, contra R\$ 36,00 para as pessoas não ocupadas. Se a pessoa se dizia não ocupada e não elencava qualquer atividade ocupacional, essa renda média caía para R\$ 22,00. Quando a pessoa citava alguma atividade ocupacional (afirmando ou não ter trabalho), sua renda média ficava perto dos R\$ 47,00 e R\$ 48,00. A renda diária média das pessoas que afirmavam ter trabalho, mas não explicitaram a atividade, foi igual a R\$ 51,00.

O questionário possibilitava avaliar a satisfação das pessoas com sua condição de ocupação e com sua condição financeira. Primeiramente, observou-se que apenas 10,8% das pessoas frequentadoras das cenas estavam satisfeitas ou muito satisfeitas com sua condição de ocupação. O nível de satisfação foi um pouco superior para as pessoas ocupadas (12,8%), em comparação com as pessoas não ocupadas, para as quais a satisfação foi 7,1%. Os níveis de satisfação com a condição ocupacional na população adulta da Maré chegaram a 24% e das pessoas do grupo de comparação, com perfil equivalente ao da população das cenas de uso, foi igual a 21%, ambos pouco mais do dobro daquele registrado para as pessoas que frequentavam as cenas de uso de drogas.

Num exercício similar ao empreendido com a ocupação, verificamos os níveis de satisfação das pessoas em relação à sua situação financeira.

Entre as pessoas frequentadoras das cenas de uso, apenas 7,6% estavam satisfeitas ou muito satisfeitas. Esse nível de satisfação foi mais baixo do que os registrados para a população adulta da Maré e para as pessoas do grupo de comparação, que já tinham, de modo geral, baixos níveis de satisfação com sua renda e situação financeira – 14% e 11%, respectivamente.

3.5 CONDIÇÕES DE SAÚDE FÍSICA E MENTAL

No que diz respeito às condições de saúde física, a pesquisa permitiu observar que 42% das pessoas entrevistadas nas cenas de uso tiveram algum problema nos três últimos meses anteriores à entrevista. A maioria com alguma questão de saúde física relatada apontou a ocorrência de um único problema (69%), mas cerca de 21,4% relataram dois problemas, e 9,5% tiveram três problemas.³² Essa incidência de problemas de saúde física entre as pessoas entrevistadas nas cenas de uso foi maior do que a registrada para a população adulta da Maré (36,9%), e ficou ainda mais distante da incidência observada no grupo de comparação, que foi de 22,3% no período de três meses.

Quanto às condições de saúde mental, o percentual das pessoas que frequentavam as cenas de uso de drogas que afirmaram ter tido problemas de saúde nos últimos três meses foi igual a 37,5%. Entre as pessoas que tiveram algum agravamento de saúde mental ou emocional, 85,3% relataram um único problema; 10,7% relataram dois problemas; e 4% indicaram três problemas. Na população adulta da Maré, o percentual de pessoas com algum problema de saúde mental foi menor (19,5%), assim como foi menor o percentual no grupo de comparação que teve um problema (14,2%).

Observando as condições subjetivas de saúde, verificamos - entre as pessoas que frequentavam as cenas de uso de drogas na Maré - o mesmo percentual (10,1%) daquelas que estavam satisfeitas ou muito satisfeitas com

³² O Survey considerou apenas três agravos.

sua saúde física e com sua saúde mental. Na população adulta da Maré como um todo, esse percentual foi 19,2% para saúde física e 22,8% em relação à satisfação com a saúde mental, e para as pessoas que compunham o grupo de comparação, a diferença para os frequentadores das cenas foi maior. Nesse grupo, 21,6% estavam satisfeitas ou muito satisfeitas com sua saúde física e 26,3% com sua saúde mental.

3.6 REDES DE SOCIABILIDADE E HÁBITOS CULTURAIS

LOCAIS E ESPAÇOS DE ARTE E CULTURA

No estudo apresentado no Livro 1, a pesquisa esteve interessada em observar, para a população adulta da Maré, se as pessoas conheciam os locais e espaços de arte e cultura, onde atividades artísticas e práticas culturais e de lazer poderiam ser realizadas no território. Enquanto na população em geral tais espaços eram conhecidos por 71,5% das pessoas, no estudo que consta neste Livro 2, realizado com as pessoas frequentadoras das cenas de uso, tal percentual foi menor, igual a 34%. Considerando que perfis sociodemográficos têm forte influência sobre estilos de vida, e que a amostra das pessoas nas cenas de uso é mais jovem e masculina, públicos que tendem a circular mais e a estar mais na rua, poderíamos supor que o percentual deveria ser maior. No entanto, o percentual de pessoas que conheciam espaços de cultura no grupo de comparação, formado por pessoas domiciliadas, mas com as mesmas características de sexo, raça e idade das pessoas da cena de uso, foi igual a 75,9%, maior do que o registrado na população adulta da Maré, e condizente com a hipótese sobre maiores níveis de circulação de jovens e homens.

Em ambos os estudos, as pessoas entrevistadas foram estimuladas a citar alguns dos equipamentos que conheciam, informando se já haviam frequentado tais lugares, além de indicar a frequência com que o faziam.

Entre as pessoas que frequentavam as cenas de uso e que afirmaram conhecer alguns dos espaços culturais, 66% foram capazes de citar apenas um único espaço e cerca de 30% citaram mais de um espaço. Na população da Maré, o percentual foi de 63%.

Os lugares de arte e cultura mais citados pelas pessoas que frequentavam as cenas de uso de drogas foram: o Centro de Artes da Maré (CAM), citado por metade das pessoas; a Redes da Maré (sem alusão a um projeto específico), citada por 19,7% das pessoas; o Centro Cultural Bela Maré (19,7%) e a Lona Cultural (10,6%). Locais muito citados pela população geral da Maré, como o Museu da Maré, citado por 37,7% da população adulta e a Vila Olímpica, citada por 29,8% da população adulta, apareceram pouco, entre as pessoas que frequentavam as cenas de uso de drogas – 4,5% e 3%, respectivamente.

Observando a frequência com que as pessoas nas cenas de uso frequentavam os lugares citados como conhecidos, verificou-se que em 69% das respostas³³ as pessoas não haviam frequentado espaços de cultura, arte e lazer nos últimos três meses; 7,6% dos lugares citados foram visitados menos de uma vez por mês nos últimos três meses; 6,1% ao menos uma vez por mês; 15,2% ao menos uma vez por semana; e 9,9% eram frequentados diariamente. Mais de 20% dos espaços citados pelas pessoas nas cenas de uso eram visitados, pelo menos, semanalmente.

INCLUSÃO DIGITAL

Em termos de inclusão digital, 25,5% das pessoas frequentadoras das cenas de uso afirmaram ter tido acesso à internet nos últimos três meses. Para a população adulta da Maré, o percentual foi estimado em 82,7%, e para as pessoas do grupo de comparação os níveis de acesso eram ainda mais elevados (93,3%).

³³ Esse percentual se refere a 91 respostas dadas pelos 200 entrevistados. Cada pessoa poderia citar espontaneamente até três lugares de arte e cultura, e então era verificada a frequência a esses espaços.

Para os frequentadores das cenas de uso, a qualidade da internet foi classificada como “boa” pela grande maioria das pessoas entrevistadas (78,4%) e como “regular” por outros 11,8%. A pesquisa não perguntou sobre os locais de acesso à internet. Os usos mais frequentes da internet para lazer e cultura foram para assistir a filmes e ouvir músicas *on-line*. 31,4% das pessoas que haviam acessado a internet nos últimos três meses afirmaram assistir a filmes ou a séries diariamente, e 41,2% afirmaram ouvir músicas pela internet diariamente.

PRÁTICA DE ATIVIDADES ARTÍSTICAS

A pesquisa consultou a frequência da prática de algumas atividades artísticas, culturais e de lazer, que podem ser utilizadas para avaliar níveis de acesso, engajamento e participação cultural e artística das pessoas frequentadoras das cenas de uso. Os padrões percebidos expressam, não apenas modalidades de prática e consumo de arte, cultura e lazer, mas diferentes tipos de sociabilidade, estilos de vida e interação com o território.

Tabela 5 - Componentes do Índice de Participação Cultural (IPC)

Atividades externas e coletivas Saídas Culturais	Prática esporádica			Atividades internas e individuais Cultura domiciliar e Digital	Prática esporádica		
	Pop. Adulta Maré	Pop. Cenas Uso	Grupo Comp.		Pop. Adulta Maré	Pop. Cenas Uso	Grupo Comp.
Filmes no cinema	28,7%	4,5%	38,1%	Filmes/séries na internet	53,3%* (64,7%)	14,5%* (56,9%)	65,1%* (70,0%)
Peça de teatro	5,1%	5,5%	8,9%	Filmes/séries outros meios	52,8%	37,5%	60,2%
Música ao vivo	34,6%	24,0%	45,9%	Viu vídeos na internet	66,8% (80,9%)	14,0%* (54,9%)	78,9%* (84,5%)
Museu	9,3%	6,0%	14,8%	Assistiu televisão	94,2%	65,0%	94,7%
Dançou	26,9%	28,0%	32,5%	Música na internet	69,5% (84,2%)	17,0%* (66,7%)	81,7%* (87,5%)
Atuou ou fez teatro	2,8%	3,5%	2,7%	Música por outros meios	50,6%	56,0%	40,8%
Cantou ou tocou instrumento	12,7%	14,5%	18,5%	Livro digital	12,9% (15,7%)	3,0%* (11,8%)	16,5%* (17,5%)
				Livro em papel	33,8%	27,5%	28,8%
				Visitou site de museu	6,5% (7,9%)	1,0%* (3,9%)	8,6%* (9,2%)
				Escreveu	32,1%	23,0%	38,6%
				Pintou	5,0%	6,5%	4,6%
				Fotografou	34,1%	6,0%	41,4%

* Percentual sobre o total da população (percentual que acessou a internet nos últimos 3 meses).

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria. 2021

Algumas práticas podem ser interpretadas como uma modalidade de participação cultural com atividades externas, extrovertidas e prática coletiva, envolvendo público ou alguma interação e sociabilidade com pessoas fora do círculo imediato de convivência da pessoa entrevistada. Outro conjunto de práticas pode ser observado como representativo de certo tipo de atuação cultural, artística e de lazer voltado para atividades internas, introspectivas e com uma realização individual ou solitária, reunindo atividades realizadas dentro da própria residência e digitais, realizadas pela internet. No caso dos estudos que constam neste Livro 2, em que boa parte das pessoas entrevistadas estava em situação de rua, as diferenças foram claramente percebidas.

Salvo algumas exceções, como em relação ao hábito de leitura, os níveis de prática das atividades internas, digitais e individuais foram bastante inferiores para pessoas que frequentavam as cenas de uso, sobretudo em contraposição aos percentuais observados para o grupo de comparação. Além disso, há certos marcadores de renda e sociabilidade que fazem com que as pessoas nas cenas de uso tenham menos acesso a atividades externas, como ir ao cinema ou assistir a *shows*, por exemplo.

Por outro lado, para algumas atividades artísticas, como atuação, canto e dança, ou mesmo pintura, os níveis de prática cultural foram similares ou, em alguns casos, até superiores. O mesmo ocorreu com a prática de ler livros de papel.

3.7 SATISFAÇÃO E BEM-ESTAR SUBJETIVO

Os níveis de bem-estar e qualidade de vida subjetivos foram captados a partir de questões que levantaram a satisfação das pessoas com certas dimensões ou domínios da vida cotidiana. Tais questões fazem parte de um instrumento denominado MANSA,³⁴ e classificam o grau de satisfação

³⁴ Manchester Short Assessment of Quality of Life.

segundo a escala: 1. “muito insatisfeito”; 2. “insatisfeito”; 3. “mais para insatisfeito”; 4. “mais ou menos”; 5. “mais para satisfeito”; 6. “satisfeito”; e 7. “muito satisfeito”.

Para a maioria das dimensões consultadas, as respostas se concentraram em posições intermediárias da escala, mais precisamente nas categorias 3. “mais para insatisfeito” e 5. “mais para satisfeito”. Essas foram as respostas que mais frequentemente surgiram, mas elas não ocorreram de maneira uniforme entre as diferentes dimensões. Houve maiores níveis de insatisfação com domínios que representavam o acesso a serviços e direitos, como lazer, moradia e segurança. Nesses casos, a frequência na categoria “mais insatisfeito” foi maior, com percentuais acima de 30%. O mesmo ocorreu com a situação financeira, que obteve percentual mais elevado nessa categoria (36,9%).

Em domínios relativos à experiência pessoal (vida sexual ou saúde), foi mais frequente a categoria “mais satisfeito”, com percentuais próximos de 40%; e para questões que remetiam a relacionamentos interpessoais, como à qualidade das amizades, relação com a família, e à satisfação em morar sozinho ou com outras pessoas, os percentuais ficaram mais equilibrados entre “mais insatisfeito” e “mais satisfeito”.

Cabe ressaltar que, diferentemente do que foi registrado na população adulta da Maré e para o grupo de comparação formado por pessoas com perfil similar aos frequentadores das cenas de uso de drogas, os percentuais na categoria “muito insatisfeito” foram bem mais elevados, sobretudo para dimensões como situação financeira (29,3%), segurança (25,3%) e moradia (21,7%). Além disso, pouco mais de 20% das pessoas frequentadoras das cenas de uso se disseram “muito insatisfeitas” com suas vidas, como um todo.

Tabela 6 - Níveis de insatisfação e satisfação na população das cenas de uso de drogas

Satisfação em relação	Muito insatisfeito		Mais ou menos			Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	6	7
à vida como um todo	20,6%	8,5%	21,1%	24,1%	14,6%	3,0%	8,0%
ao trabalho/atividade principal	15,9%	5,6%	27,2%	15,9%	24,6%	2,6%	8,2%
à situação financeira	29,3%	2,5%	36,9%	12,1%	11,6%	3,5%	4,0%
ao número e qualidade das amizades	15,2%	6,1%	25,4%	16,2%	25,4%	3,6%	8,1%
às atividades de lazer	14,6%	4,5%	31,8%	13,6%	26,3%	3,0%	6,1%
à moradia	21,7%	3,5%	35,4%	10,1%	17,2%	3,5%	8,6%
à segurança	25,3%	4,5%	32,8%	9,6%	17,2%	4,0%	6,6%
a morar sozinho ou às pessoas com quem mora	13,6%	5,1%	26,3%	12,6%	29,8%	2,0%	10,6%
à vida sexual	13,3%	5,6%	13,8%	14,3%	41,8%	1,0%	10,2%
à família	15,8%	2,0%	30,1%	11,2%	30,1%	4,1%	6,6%
à saúde física	11,1%	3,0%	19,6%	13,6%	42,7%	1,0%	9,0%
à saúde mental/emocional	11,6%	5,0%	19,6%	14,1%	39,7%	0,0%	10,1%

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria. 2021

Tabela 7 - Níveis de insatisfação e satisfação no grupo de comparação

Satisfação em relação	Muito insatisfeito		Mais ou menos			Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	6	7
à vida como um todo	1,5%	7,8%	8,3%	16,0%	41,2%	4,3%	21,0%
ao trabalho/atividade principal	3,8%	11,8%	19,5%	10,5%	33,2%	2,3%	18,9%
à situação financeira	6,3%	5,0%	20,0%	25,7%	31,3%	6,4%	5,3%
ao número e qualidade das amizades	1,2%	9,8%	4,8%	15,4%	46,5%	2,9%	19,3%
às atividades de lazer	2,2%	5,9%	8,7%	22,3%	39,1%	7,3%	14,4%
à moradia	2,3%	3,3%	8,2%	15,2%	41,3%	6,6%	23,1%
à segurança	13,9%	5,7%	23,8%	23,5%	22,5%	4,1%	6,4%
a morar sozinho ou às pessoas com quem mora	0,2%	4,9%	1,1%	6,8%	44,7%	0,1%	42,2%
à vida sexual	3,4%	5,7%	1,1%	6,4%	52,3%	2,3%	28,9%
à família	1,5%	4,7%	0,5%	11,3%	41,1%	1,7%	39,3%
à saúde física	1,6%	8,0%	1,9%	16,0%	51,0%	1,3%	20,3%
à saúde mental/emocional	2,6%	7,1%	2,5%	8,6%	53,0%	2,1%	24,2%

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração própria. 2021

A estrutura de “satisfação” e “insatisfação” no grupo de comparação foi mais próxima daquela registrada para a população adulta da Maré do que a observada para as pessoas frequentadoras das cenas de uso, embora os perfis demográficos de ambos os grupos sejam equivalentes.

As respostas se concentraram no meio da escala, mas pendendo para a categoria “mais satisfeitos”, com percentuais maiores do que 30% e chegando a 53%. Além disso, as respostas na categoria “muito satisfeito” foram mais frequentes, sobretudo em dimensões referentes a aspectos pessoais e relacionais.

As exceções a esse padrão ocorreram para a satisfação com a situação financeira e em relação à segurança. Em ambos os casos não houve percentuais elevados nas faixas mais expressivas de satisfação, mas uma concentração em pontos intermediários da escala que registravam maior insatisfação (“mais ou menos” e “mais insatisfeitos”). A satisfação com a segurança foi o único domínio que mostrou um percentual de pessoas “muito insatisfeitas” maior que 10%.

4. NOTAS SOBRE DESINSERÇÃO SOCIAL DAS PESSOAS FREQUENTADORAS DAS CENAS DE USO

Os processos e dinâmicas relacionados ao que se convencionou chamar de *exclusão social* são múltiplos, e contemplam grande quantidade de eventos e experiências vividas, que se entrecruzam e se sobrepõem, acumulando sobre pessoas e grupos toda uma diversidade de privações e desvantagens comparativas (XIBERRAS, 1993; SPOSATI, 1993). O fenômeno da exclusão pode ser concebido sob uma perspectiva longitudinal, a partir das trajetórias e histórias de vida das pessoas, mais ou menos afetadas por marcadores posicionais de afastamento e ruptura das adesões, vínculos e participação de estruturas institucionais e sociais.

Nesse sentido, termos como *desinserção* (GAULEJAC; LÉONETTI, 1994) e *desqualificação social* (PAUGAM, 2003) foram empregados para conferir interpretabilidade para trajetórias e experiências individuais (e coletivas) de afastamento e isolamento social, com fragilização sucessiva de laços comunitários, institucionais e até familiares.

A dinâmica social, que abrange processos de exclusão (e autoexclusão) objetiva, a introjeção subjetiva e representações sociais intersubjetivas da exclusão, pode ser empiricamente analisada em diferentes domínios da vida social, incluindo (des)inserção na esfera produtiva, com desemprego, informalização e precarização de postos de trabalhos; processos de afastamento e desconexão das trajetórias de escolarização formal (RIBEIRO, 2019); pobreza, desigualdades e inequidade da distribuição de renda e riqueza; participação social, política e comunitária; quebras de confiança e ruptura de vínculos interpessoais; e redes de apoio e solidariedade, entre outros. Algumas dessas dimensões puderam ser analisadas aqui, a partir dos diferentes blocos temáticos do levantamento realizado.

Adicionalmente, a adoção metodológica de um grupo de comparação, composto na amostra domiciliar, aplicada no Estudo 1, entre pessoas que possuíam características sociodemográficas similares às das cenas de uso de drogas, permitiu destacar a relevância de outro conjunto de marcadores (relacionados ao uso prejudicial de drogas e à experiência de estar nas ruas), que aparecem conjugados a todas as dinâmicas mencionadas. Tais marcadores potencializam a exclusão e a desinserção, ampliando a desigualdade e o acúmulo de desvantagens de bens e posições, materiais e imateriais, objetivas e subjetivas.

Uma vez que o grupo de comparação tinha composição sociodemográfica similar, com estrutura por sexo, raça e idade pareada à amostra do estudo contido no Livro 2, de pessoas frequentadoras nas cenas de uso, as diferenças alargadas encontradas nos níveis de escolarização, condições de saúde física e mental, acesso à cultura, arte e lazer, satisfação e bem-estar

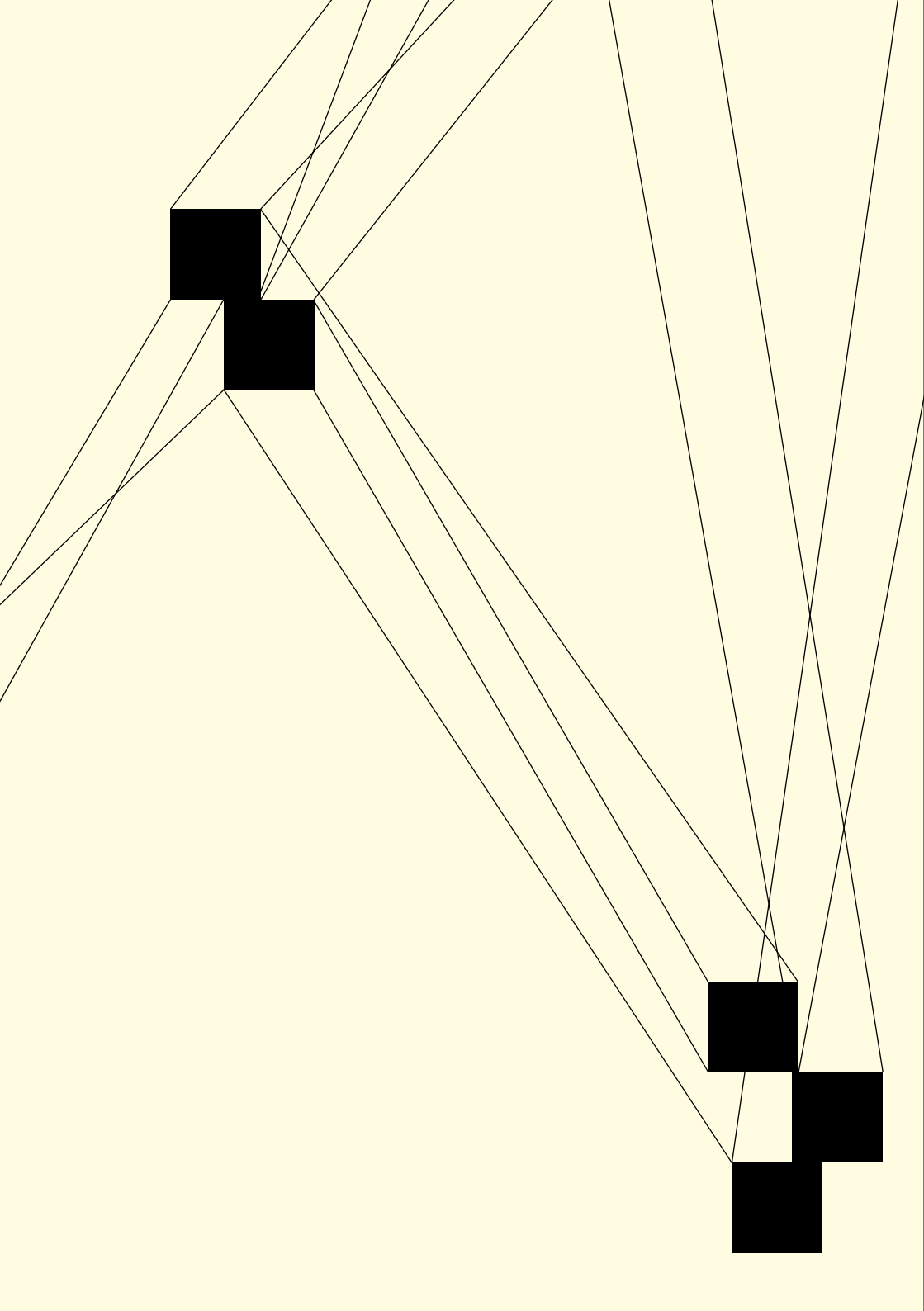
subjetivos sugerem a existência de uma gama de outras experiências e categorias distintas que promovem desvantagens.

Como foi mencionado, esse texto tinha um caráter mais exploratório, descritivo e panorâmico. Outros artigos desta mesma publicação exploraram dados e resultados de outros blocos temáticos, de interesse substantivo. No texto elaborado pela equipe das Ciências Sociais, por exemplo, as experiências de vitimização e exposição à *violência armada* e ao medo da violência foram tratadas com mais detalhes, expondo diferenças marcantes no padrão, tipo e intensidade das violências com as quais convivem as pessoas que frequentam as cenas de uso. Já no artigo elaborado pela equipe da Saúde Mental e Coletiva, aspectos relacionados às condições de saúde mental foram abordados, incluindo análises sobre dimensões específicas de sintomas psicopatológicos (BSI), como ansiedade, ideação paranoide e sensibilidade interpessoal, que permitem reflexões sobre aspectos subjetivos e intersubjetivos da exclusão e desinserção, como dinâmicas de isolamento, quebras de confiança e de vínculos pessoais e familiares.

Desse modo, temos resultados e análises sobre perfis das pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas na Maré que apontam diferentes marcadores de exclusão e desinserção, sucessivamente observados. Verificamos, igualmente, maiores níveis de privações e de exposição à violência, e experiências de humilhação, violação e discriminação sistematicamente sofridas, e muitas vezes associadas à vida nas ruas e ao uso prejudicial de substâncias. Estas duas últimas condições trazem representações sociais pejorativas e estigmas, que imputam a pessoas frequentadoras das cenas de uso de drogas uma marca que simboliza fracasso social e/ou degradação moral.

Por todas as evidências, acreditamos que se justificam análises numa linha interpretativa que destaque uma dinâmica de “exclusão dentro da exclusão”, condizente com o conceito “ralé da ralé”, empregado por Lima (2016), e que traz uma reflexão sobre processos mais intensos de desinserção, marginalização e desqualificação, que conduzem as pessoas a situações

de desalento. Há, ainda, um vasto campo de questões teóricas, empíricas e de ordem prática a serem tratadas, e acreditamos que esse estudo e essa publicação ofereceram uma contribuição relevante, além de configurarem um convite e uma provocação a futuras reflexões.



ANÁLISE DA EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA ARMADA SOBRE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA E/OU FREQUENTADORES/AS DAS CENAS DE USO DE DROGAS NA MARÉ/RJ

Rodrigo Nascimento

Luna Arouca

Mãira Gabriel Anhorn

Eduardo Ribeiro

Giselle Moraes

Miriam Krenzinger

1. INTRODUÇÃO

Este Capítulo apresenta os resultados do estudo, na ótica das Ciências Sociais, relativos aos impactos da exposição à *violência armada*, segundo a percepção de usuários/as e frequentadores/as regulares das cenas de consumo de *crack*, álcool e outras drogas existentes na Maré e no seu entorno. Nesse sentido, investigou-se a existência de possíveis problemas de saúde mental dos entrevistados no período da entrevista, seu conhecimento e percepção sobre os transtornos, o acesso a serviços de saúde mental, possibilidades e estratégias de cuidados pessoais e comunitários e, ainda, a existência de redes informais de cuidado.

Vinculado ao Projeto de Pesquisa **Construindo Pontes**,³⁵ a fase empírica de coleta de dados realizou-se entre 2019 e 2020, em parceria com o *Espaço Normal*, espaço de referência sobre Drogas na Maré, pertencente à Redes de Desenvolvimento da Maré.³⁶ Dentre os vários objetivos da pesquisa, buscou-se ampliar a compreensão das dinâmicas relacionadas aos territórios conflagrados e seus efeitos sobre o cotidiano, na saúde mental e redes de proteção social de frequentadores/as dos locais de uso de álcool e outras drogas da região.

No que se refere, especificamente, ao trabalho de pesquisa aqui apresentado, foram desenvolvidas duas estratégias metodológicas: uma quantitativa, na qual foram aplicados 200 questionários para um grupo específico; outra qualitativa, com a realização de quatro entrevistas semiestruturadas individuais e um grupo focal com usuários regulares de drogas, além de outras quatro entrevistas feitas com profissionais de serviços públicos de Saúde e integrantes da equipe técnica do *Espaço Normal*.

³⁵ Ver apresentação geral e demais informações sobre o projeto **Construindo Pontes**, coordenado por Paul Heritage e Eliana Silva nesta obra e no Livro 1 desta Coleção.

³⁶ Mais informações ver o resumo metodológico e sobre o *Espaço Normal* nesta obra.

A fim de contextualizar e aprofundar as análises, faremos uma apresentação geral da situação vivenciada na Maré/RJ, mais especificamente expondo como se apresentam as cenas abertas de consumo de drogas, as formas de controle e regulação social exercidas pelos grupos armados e as forças de Segurança, o modo como atuam as redes de cuidado e proteção social existentes, com ênfase para serviços públicos de Saúde Mental e Assistência Social que atendem diretamente a esta população, além de como o *Espaço Normal* se articula com esta dinâmica territorial.

1.1 CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A Maré, como a maioria dos territórios de favelas no Rio de Janeiro, é frequentemente palco de uma série de ações bélicas, confrontos armados e operações policiais violentas relacionadas ao que se convencionou chamar de *guerra às drogas* – conjunto de políticas públicas destinadas a reduzir o comércio ilegal de drogas, combatendo a produção, distribuição e consumo de substâncias psicoativas ilegais e/ou criminalizadas. Tais ações respondem à formação e atuação de grupos armados que exercem um domínio territorial, com controle e regulação social desses locais.

Ainda que em outra escala, um efeito da regulação e do domínio territorial aliado à lógica bélica de atuação do Estado diz respeito à proliferação de cenas abertas de uso de *crack* e outras drogas, cujos movimentos de origem, territorialização e dispersão estão diretamente relacionados à agenda da Segurança Pública, suas dinâmicas e arranjos locais.

Na Zona Norte, região onde está localizada a Maré, se registra a presença da maioria das cenas abertas de *crack* da cidade. Desde o final de 2012, como consequência da agenda de Segurança Pública relacionada à implementação das Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs) no Rio de Janeiro, nas favelas de Manginhos e Jacarezinho, houve um intenso fluxo migratório de centenas de usuários e frequentadores de cenas de uso que, até então, estavam em atividade nessas localidades, em direção à Maré.

Ao longo de 2013, segundo relatos de moradores e pesquisadores locais, cerca de 500 usuários de drogas deslocavam-se, diariamente, entre duas ruas da comunidade do Parque Maré: a Rua 7 de Março e a Rua Flávia Farnese, na esquina com a Rua 29 de Julho. Essas constantes idas e vindas eram basicamente motivadas por queixas e agressões de comerciantes, que impediam a permanência dos usuários na Rua 7 de Março durante o dia. Durante a noite, a localização da Rua Flávia Farnese, na fronteira entre dois territórios dominados por facções criminosas rivais, e com registro frequente de confrontos armados, tornava muito arriscada e perigosa a permanência das pessoas. Nessa época, era comum presenciar a montagem e a desmontagem diária de barracos improvisados, com pessoas permanecendo na Flávia Farnese até o fim do horário comercial e depois, durante a noite, se deslocando para a Rua 7 de Março.

Em abril de 2014, a Maré foi ocupada pelas Forças Armadas reduzindo, consideravelmente, os confrontos entre os grupos criminosos rivais da região, e entre eles e a Polícia – o que contribuiu, paradoxalmente, para a fixação dessa cena aberta de consumo. A ocupação militar da Maré, que ocorreu entre abril de 2014 e maio de 2015, diferentemente de outros territórios ocupados pelo processo de “pacificação”, com a instalação das UPPs, não resultou na remoção e desativação da cena de consumo de crack. Remoção esta que, aliás, segundo relatos, configurava originalmente algo temido pelos usuários e frequentadores.

As cenas de uso foram se consolidando na região ao longo do tempo, demonstrando a inadequação e a baixa resolutividade das inúmeras ações de recolhimento compulsório e repressão policial ali desenvolvidas – especialmente aquelas denominadas como *Choque de Ordem*, capitaneadas pela Secretaria Municipal de Ordem Pública (SEOP), em conjunto com diversos outros órgãos governamentais. Além disso, a situação acabou por evidenciar, de maneira mais ampla, limites e insuficiências institucionais de funcionamento de equipamentos públicos no campo do cuidado, da proteção social e

da atenção psicossocial para pessoas que vivem com transtornos mentais e/ou uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas na cidade.

A presença de usuários de crack nas cenas abertas na Maré provocou a abertura de novos serviços públicos no local. No campo da Saúde, o atendimento inicialmente era desempenhado principalmente pelas equipes do *Consultório na Rua*.³⁷ Outra importante iniciativa governamental produzida no período, com o objetivo de entender e articular uma resposta produtora para a questão, diz respeito ao *Programa Proximidade*, criado em 2013, no Parque União, no conjunto de favelas da Maré, pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), que funcionou até o final de 2016. O Programa, cujas equipes de trabalho eram compostas por assistentes sociais, psicólogos e educadores, procurou desenvolver um trabalho de aproximação gradativa, de escuta qualificada e compreensão das demandas dos usuários de crack e outras drogas, que eram abordados nas próprias cenas de uso, visando à construção de vínculos, à oferta de tratamento e à posterior reestruturação pessoal e saída das ruas.

37 O Consultório na Rua foi criado em 2011 para garantir o acesso à atenção à saúde para pessoas que estão em situação de rua, em Manguinhos - em sua maioria envolvida com o uso prejudicial de drogas. Realiza o acolhimento e as ações de prevenção, cuidados primários e promoção da saúde, articulando o conjunto de equipamentos e de equipes intersetoriais do território e fora dele. Em Manguinhos, a população que se encontra em situação de rua está, na sua maioria, envolvida com o uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas e a atenção à sua saúde constituiu pauta de reivindicação dos moradores de área apresentada na Conferência Local de Saúde, em 2011. Neste mesmo ano, o Consultório na Rua do Teias-Escola Manguinhos foi originado, com base na Clínica da Família Victor Valla, tendo o objetivo de garantir à essa população, quer seja morador ou não de Manguinhos, o acesso à atenção à saúde, de forma rápida e eficiente. O trabalho com usuários de álcool e outras drogas é realizado de acordo com a Política de Saúde Mental e da abordagem da Redução de Danos. Esta é uma estratégia que acolhe e presta cuidados de saúde ao usuário - mesmo quando ele não consegue manter abstinência das drogas - buscando a redução dos riscos tanto orgânicos quanto sociais. O acolhimento e as ações de prevenção, cuidados primários e promoção da saúde realizados pelo Consultório na Rua são apenas a primeira atenção à saúde de pessoas, que na maioria das vezes necessitam de outros cuidados: de um Centro de Atenção Psicossocial focado em álcool e outras drogas (CAPS AD), da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ou, até mesmo, da atenção de outro setor social como a Assistência Social. Articular o trabalho com essas pessoas no espaço mesmo em que elas se encontram (a rua) e no espaço que elas são incentivadas a procurar (a Clínica da Família) e articular o conjunto de equipamentos e de equipes intersetoriais do território e fora dele é o grande desafio do trabalho do Consultório na Rua. Disponível em <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/consultorio-na-rua>>

Os usuários eram atendidos pela rede de proteção social da Prefeitura do Rio, que incluía acolhimento, tratamento ambulatorial para os problemas relacionados ao uso de drogas, em conexão com a rede de Atenção Básica de Saúde e a área de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde, encaminhamentos para a retirada de nova documentação, entre outros serviços. Além do serviço especializado de abordagem social, o *Programa Proximidade* mantinha ainda um posto fixo situado na Rua da Regeneração, no Centro de Referência em Assistência Social – CRAS Nelson Mandela, onde o usuário tinha a possibilidade de tomar banho, se alimentar e receber atendimento de assistentes sociais e psicólogos de plantão.

Posteriormente, em 2018, o local passou a sediar o Centro POP José Saramago e o Hotel Solidário Bonsucesso, oferecendo, além dos serviços já indicados, a possibilidade de abrigamento temporário, voltado para a população em situação de rua frequentadora das cenas de consumo de *crack* e outras drogas da região.

No campo da saúde mental, em abril de 2014 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas – CAPSad III Miriam Makeba – serviço que funciona 24 horas, todos os dias da semana, oferecendo atenção e cuidado clínico contínuo, acolhimento noturno, atividades individuais e coletivas, visando promover a autonomia e a reinserção social das pessoas. Existe, ainda, a Unidade de Acolhimento Adulto – UAA Metamorfose Ambulante – espaço da Rede de Atenção Psicossocial, que oferece acolhimento transitório às pessoas com necessidades advindas do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Ao lado desses equipamentos públicos citados e da situação vivenciada pelos seus moradores pela presença de grupos criminosos armados e pelas incursões policiais, a Maré como um todo conta com uma intensa mobilização comunitária, expressa pela atuação de organizações da sociedade civil que abrangem associações de moradores, entidades filantrópicas ligadas, quase sempre, a igrejas evangélicas e católicas, e organizações não

governamentais, que desenvolvem diferentes formas de intervenção, via de regra voltadas para a melhoria das condições de vida da população, ampliação de direitos e redução das desigualdades sociais ali existentes.

Nesse sentido, durante os anos de 2015 a 2018, a Redes da Maré realizou um projeto de aproximação e cuidado com moradores de uma cena de consumo localizada dentro da Maré. Nesses anos, diversas atividades foram desenvolvidas, como ações culturais e educativas, pesquisa sobre o perfil dos moradores e intervenção no local com a construção conjunta de um banheiro.³⁸ Essa experiência levou a instituição a desenhar um projeto mais amplo, que pudesse alcançar outros moradores, abordando o tema das drogas, a partir do modelo ou paradigma da *redução de danos* e se constituindo como um espaço de referência sobre drogas na Maré. E em 2018, inaugurou o *Espaço Normal*, local de convivência que oferece suporte para pessoas que fazem uso problemático de drogas e que estão em situação de vulnerabilidade e no qual esse estudo foi conduzido.

A fim de fortalecer a rede de atenção a este público, o *Espaço Normal* atua segundo três frentes de trabalho: (a) iniciativas de criação de alternativas e práticas de redução de danos para pessoas que fazem uso prejudicial de drogas e estão em situação de rua; (b) articulação territorial e institucional dos serviços públicos de Saúde e Assistência, para a criação de uma agenda local de redução de danos; e (c) produção de conhecimento e sensibilização em torno de políticas sobre drogas, e de cuidado e atenção aos usuários na região de consumo.

Nesse contexto, a Redes da Maré se insere como vetor de articulação e promoção de uma ampla rede de parcerias, envolvendo instituições comunitárias, universidades, órgãos públicos, sociedade civil e iniciativa privada. Seu foco de atuação está na garantia de direitos, na melhoria da qualidade de vida, no protagonismo dos moradores, no fortalecimento de instituições locais e na qualificação das políticas públicas.

38 Disponível em <<https://www.redesdamare.org.br/media/livros/meu-nome-nao-e-cracudo-artigo-cena-de-consumo-da-Flavia-Farese-CCFF.pdf>>

A articulação territorial é, portanto, uma das principais estratégias de atuação desta organização, que busca reunir esforços para potencializar o desenvolvimento local. Uma ação pretendida, nesse sentido, é o fortalecimento e a qualificação dos equipamentos e serviços públicos que atuam nas 16 favelas da Maré para usuários regulares ou pessoas em situação de rua que frequentam ou moram nas cenas de consumo de drogas da região.

A partir desse trabalho, que culminou com a criação do *Espaço Normal*, de articulação territorial e institucional desenvolvido desde 2015 junto à rede de instituições parceiras, foi possível criar, em 2016, o *Fórum de Atenção e Cuidado aos Usuários de Álcool e outras Drogas* na Maré, composto basicamente por representantes do CAPSad Miriam Makeba, UAA Metamorfose Ambulante, de Clínicas da Família, Consultório na Rua de Manguinhos, Centro POP José Saramago, Hotel Solidário Bonsucesso, CREAS Stella Maris e CREAS Nelson Carneiro, além do próprio *Espaço Normal*.

1.2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

A frente de pesquisa aqui apresentada teve como objetivo central produzir dados inéditos e de grande escala sobre populações para as quais existe uma lacuna de conhecimento em um contexto político de fragilização da Política Nacional de Saúde Mental (PNMS) e das políticas de cuidado e atendimento para pessoas que usam substâncias psicoativas no Brasil, analisando e relacionando diferentes fatores associados à violência urbana, institucional e armada na saúde mental de pessoas que frequentam e/ou estabelecem sua moradia nas cenas de consumo de *crack*, álcool e outras drogas existentes na Maré.

Os questionários foram aplicados no *Espaço Normal* por seis entrevistadoras das áreas das Ciências Sociais e alunos de Pós-Graduação do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. A pesquisa qualitativa incluiu oito entrevistas com roteiro semiestruturado, sendo quatro realizadas com ex-frequentadores

das cenas de uso, e quatro com profissionais de serviços públicos e integrantes da equipe técnica do *Espaço Normal*, sendo organizado, ainda, um grupo focal com frequentadores do *Espaço*.

As entrevistas qualitativas e o grupo focal trouxeram elementos relevantes à compreensão e contextualização dos resultados alcançados pelos questionários aplicados aos usuários de crack e outras drogas realizado no *Espaço Normal*. Dessa forma, todo o material dialoga intrinsecamente com as características desveladas pelo levantamento quantitativo, enriquecendo, aprofundando e ampliando o alcance das informações produzidas.

Em linhas gerais, o material elucida questões relacionadas aos efeitos da *violência armada* na saúde mental, bem-estar e qualidade de vida das pessoas, trazendo relatos de exposição a experiências de violência, da tensão, insegurança e ameaça sentidas quando da eclosão de confrontos armados e operações policiais, assim como os efeitos da presença de grupos armados e a regulação que exercem sobre a vida social e o cotidiano das favelas.

Outro ponto a ser destacado remete às trajetórias pessoais e histórias de vida narradas pelos entrevistados, que trouxeram relatos cruciais para o entendimento de aspectos como resiliência, ampliação de repertórios, inserção em atividades de formação individual, trabalho e geração de renda, cuidado de si, proteção social, entre outros. Tais informações são fundamentais para a construção de estratégias, ações compartilhadas e políticas públicas voltadas para pessoas em situação de rua e que fazem uso prejudicial de *crack*, álcool e outras drogas.

2. RESULTADOS ALCANÇADOS

2.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Em referência ao perfil dos frequentadores das cenas de uso, o estudo quantitativo indicou características sociodemográficas bem específicas e distintas daquelas levantadas no *Survey* domiciliar.³⁹ Tais elementos expõem uma situação de maior vulnerabilidade social e maior exposição à violência, comparativamente ao que se registrou nos domicílios da Maré como um todo. A amostra contempla pessoas com perfil bastante peculiar dos entrevistados das cenas de uso: (a) mais masculina, ou seja, 71,5% eram homens contra 48,7% da população adulta domiciliada da Maré; (b) mais negra (preta), com 48,5% dos entrevistados que se autodeclararam da cor preta contra 20% na população domiciliada; (c) mais jovem (18 a 40 anos), sendo 75% contra 57%; e (d) menos escolarizada – 64% dos entrevistados tinham Ensino Fundamental incompleto ou menos, contra 40% na população domiciliada.

A pesquisa traz, ainda, elementos de análise e comparação em relação à *Pesquisa nacional sobre o uso de crack*, realizada pela Fiocruz, cujos resultados foram publicados em 2014 (BASTOS; BERTONI, 2014). Esse foi o primeiro levantamento desse porte realizado no Brasil. No que corresponde à faixa etária, o estudo da Fiocruz revelou que, no Brasil, os usuários de *crack* ou drogas similares eram em sua maioria adultos jovens, com idade média de 30 anos. Cerca de um terço da população pesquisada estava concentrada na faixa etária de 18 a 24 anos. Em nosso levantamento, a idade média foi igual a 34 anos e 15% da amostra estavam nessa faixa etária, de 18 a 24 anos.

³⁹ A diferença sociodemográfica da amostra coletada no *Espaço Normal*, em comparação com a amostra utilizada na pesquisa domiciliar, constituiu um obstáculo para a realização de certas análises comparativas que, por exemplo, visavam contrastar os níveis de exposição à *violência armada*, ou de *medo*, nas duas populações. Mais à frente, as análises irão traçar comparativos não apenas com a população adulta residente na Maré, mas com um subgrupo específico dessa população domiciliada, com perfil mais próximo dos entrevistados das cenas de uso. Ver texto sobre a pesquisa domiciliar no Livro 1 desta Coleção.

Na pesquisa nacional da Fiocruz, o perfil sociodemográfico era composto majoritariamente por indivíduos do sexo masculino (78,7%), com um predomínio de usuários não brancos nas cenas de uso, com cerca de 20% se autodenominando de cor branca. Em nossa pesquisa, além de um grupo, em termos proporcionais, menos masculino em relação ao resultado nacional, a população negra foi proporcionalmente maior. Os autodeclarados brancos foram apenas 13,6%.

No que diz respeito à escolaridade, a proporção de usuários no Brasil que cursaram e/ou concluíram o Ensino Médio se mostrou baixa (16,5%), além de ser baixíssima a proporção de usuários com Ensino Superior (2,35%). Apesar desses percentuais, os dados revelaram que a ampla maioria dos usuários esteve em algum momento na escola. No levantamento realizado no *Espaço Normal*, 15,5% haviam completado o Ensino Médio e 1,5% haviam concluído o Ensino Superior.

Outra pesquisa relevante para a análise do material quantitativo foi o trabalho realizado em 2015, pela Redes da Maré e pelo Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESeC),⁴⁰ em parceria com a Associação de Moradores do Parque Maré e o Núcleo Interdisciplinar de Ações para Cidadania (NIAC/UFRJ). Essa pesquisa foi realizada com moradores e frequentadores de uma cena de consumo de crack na Maré, localizada no cruzamento entre as Ruas Flávia Farnese e 29 de Julho. Teve como objetivos: a) traçar o perfil sociodemográfico dessas pessoas; b) compreender as dinâmicas relacionais e territoriais constitutivas da cena de consumo; c) mapear o conjunto de instituições e formas de atendimento à população local; d) levantar e analisar as principais demandas dos moradores; e) oferecer algumas atividades socio-culturais e experiências que pudessem propor temporalidades e sociabilidades distintas das desenvolvidas usualmente na cena de consumo estudada.

⁴⁰ Disponível em <<https://www.redesdamare.org.br/media/livros/meu-nome-nao-e-cracudo-artigo-cena-de-consumo-da-Flavia-Farese-CCFF.pdf>>

Ainda que traga dados relativos ao perfil desse grupo específico, podemos perceber aproximações e disparidades em relação tanto à pesquisa nacional realizada pela Fiocruz (BASTOS; BERTONI, 2014) quanto aos próprios resultados alcançados pelo presente estudo, que abrangeu essa e outras cenas de uso de *crack* e demais drogas existentes na Maré. Em seus estudos, Silva, Malanquini e Anhorn (2017) mostraram que os moradores da cena de consumo da Rua Flávia Farnese eram então compostos, majoritariamente, por adultos jovens, com idade média de 31,5 anos. Além disso, 74% tinham entre 20 a 39 anos de idade. Em nossa pesquisa, as pessoas que afirmaram dormir mais frequentemente nesta cena de uso nos últimos três meses tinham 34 anos de idade, em média. Uma proporção menor (64%) estava na faixa de 20 a 39 anos.

Quanto à distribuição por sexo, ainda segundo Silva, Malanquini e Anhorn (2017):

Há praticamente paridade quanto ao sexo dos 59 moradores entrevistados: 28 mulheres e 31 homens, o que confirma os resultados de algumas pesquisas sobre o perfil geral dos usuários de cocaína e crack, mas contraria as que apontam forte predominância masculina nas cenas abertas de consumo, como o levantamento nacional da Fiocruz, que calcula em cerca de 79% a proporção de usuários do sexo masculino nesses locais. Mesmo no conjunto de 107 pessoas que foi possível observar ao longo da pesquisa, incluindo as que não responderam ao questionário, a predominância masculina mostrou-se relativamente pequena: 62 homens ou 58% do total. (SILVA; MALANQUINI; ANHORN, 2017, pp. 113-114)

Embora nossas investigações tenham revelado certa predominância masculina (71,5%), a distribuição entre homens e mulheres especificamente na cena de consumo da Flávia Farnese foi bem mais equilibrada – das 42 pessoas entrevistadas nesta cena, 24 eram homens, ou seja, aproximadamente 57%. Tais resultados estão alinhados com aqueles encontrados por Silva, Malanquini e Anhorn (2017) e sugerem certa diferenciação

sociodemográfica entre o perfil da Rua Flávia Farnese, e de outras cenas no Rio de Janeiro e no Brasil. Na prática, pudemos constatar que, de fato, outras cenas apresentaram um perfil predominantemente masculino. Por exemplo, das 54 pessoas entrevistadas que afirmaram dormir nas cenas de uso da Avenida Brasil, 43 eram homens (cerca de 80%); das 20 pessoas entrevistadas provenientes de cenas de Bonsucesso e Ramos, 18 eram homens e havia apenas duas mulheres.

Quanto ao perfil racial, pretos e pardos foram igualmente sobrerrepresentados tanto no levantamento realizado pela pesquisa **Construindo Pontes**, quanto no levantamento nacional empreendido pela Fiocruz (BASTOS; BERTONI, 2014). É importante destacar que esta sobrerrepresentação é recorrente, quando se estuda populações que apresentam situações de vulnerabilidade social e processos de marginalização e estigmatização no Brasil, como reflexo direto do racismo estrutural presente em nossa história e na sociedade.⁴¹ Desse modo, nos estudos realizados pela Redes da Maré com esse grupo específico foram encontrados 30% de autodeclarados pretos, 53% de pardos, 25% de brancos e 2% de indígenas.

A baixa escolaridade era uma característica marcante da população em questão na pesquisa da Redes da Maré & CESeC (2015). Das pessoas entrevistadas, 86% não tinham concluído o Ensino Médio e quase metade (46%) não havia sequer completado o Ensino Fundamental. No levantamento realizado no *Espaço Normal*, 82% não tinham completado o Ensino Médio e 64% não concluíram o Ensino Fundamental.

⁴¹ A realidade na qual a população negra vive no Brasil, historicamente, é uma das mediações necessárias para compreender o perfil racial majoritário dos/as frequentadores/as das cenas de consumo de drogas na Maré e no Brasil, visto que sobre este aspecto outras pesquisas corroboram nossos resultados. É possível verificar a situação socioeconômica da população negra por meio de diversas referências que a explicitam como maioria nos piores índices relacionados à renda, moradia, educação, trabalho, vitimização por homicídios, como o Retrato das desigualdades de gênero e raça (IPEA et. al., 2011; 2015) que teve apenas quatro edições, e o Atlas da violência (IPEA/FBSP, 2020), por exemplo. Os estudos de Marcelo Paixão (2003) e outros oferecem informações para compreender a relação entre racismo estrutural e a realidade objetiva da vida das pessoas negras. Também sobre racismo estrutural, ver entre outras bibliografias: ALMEIDA (2019); MOURA (1988); NASCIMENTO (1978); AZEVEDO (1987).

Conforme Bastos e Bertoni (2014), não se pode afirmar, *grosso modo*, que os usuários de *crack* e outras drogas frequentadores de cenas abertas no Brasil se configurem especificamente como uma população em situação de rua, ainda que seja expressiva a proporção de usuários que se encontram nesta condição – aproximadamente 40%. Isso porque, apesar de um contingente expressivo, isso não queria dizer que essa população necessariamente residia nas ruas, mas que passava ali a maior parte de seu tempo, “não estando, portanto, acessível a inquéritos domiciliares que, em consonância com os preceitos éticos, autorizam entrevistas domiciliares em horários habitualmente designados como *comerciais*, ou seja, com a exclusão de noites e madrugada” (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 52).

No que se refere a estar ou não em situação de rua, o levantamento realizado no *Espaço Normal* indicou que 89,5% das pessoas entrevistadas estavam em situação de rua, dentre as quais 27% já se encontravam nessa condição de dois a cinco anos, e 30% há mais de cinco anos vivendo na rua.

Cara, eu passei por várias cenas, entendeu? E uma cena de uso exatamente hoje em dia, não é mais... como é que se diz? Não é muito... Visível, antes não era muito visível. Mas hoje em dia está muito visível, porque saiu para fora da favela (...) tinha uns locaizinhos, bem assim, umas ruas e desde quando eu comecei a usar eu não precisei sair para fora, esses negócios não, eu usava mesmo no território, cenas de uso é praticamente onde o pessoal que usa qualquer tipo de drogas se reúne, aí para uns é só um lugar de visita, de ir para lá para usar o que tiver e depois fazer a sua correria, ir no pó, como eles falam hoje em dia, para trabalhar qualquer coisa, mas para outros era um lugar de moradia que hoje se estabilizou essas cenas de uso. (P., morador da Maré e ex-frequentador da cena da Rua Flávia Farnese)

2.2 VÍNCULO FAMILIAR E RELAÇÃO COM A MARÉ

Quanto ao vínculo familiar, na pesquisa realizada na cena Flávia Farnese, em 2015, segundo Silva, Malanquini e Anhorn (2017):

(...) A grande maioria dos moradores ouvidos mais sistematicamente pela pesquisa – 55 em 59 – não romperia completamente os vínculos familiares e declarou ter visitado ou entrado em contato com membros da família durante o período do levantamento. Para alguns, a casa de parentes próximos é um lugar possível de retorno, ainda que esse retorno, na maior parte dos casos, não seja desprovido de tensões e conflitos. Os moradores costumam referir-se a estadias temporárias em casa como “spa familiar”, onde vão para “dar um alívio” ao corpo, “recuperar forças” e “engordar”. Isso contraria o estereótipo do “cracudo” – ou, mais genericamente, da pessoa em situação de rua – como alguém que rompeu ou perdeu todos os seus vínculos afetivos e sociais. Ademais, os casos de usuários que recorrem ao “spa familiar” indicam certa preocupação com a saúde e com o controle sobre o consumo de drogas. (SILVA; MALANQUINI; ANHORN, 2017, pp. 114-115)

Dessa forma, entre os moradores que tinham familiares residentes na Maré, foi observada uma frequência grande, muitas vezes diária, de retorno ou visita à casa de familiares para conseguir comer, descansar, satisfazer necessidades básicas. Esse dado, em linhas gerais, revelou a manutenção de vínculos familiares importantes e, por outro lado, uma grande ambivalência nessa relação, em que a família aparecia nos relatos ao mesmo tempo como fonte ou espaço de cuidado e conflito: “recuo e refúgio possível, mas também motivo para a permanência na rua” (*Idem*, p. 115).

Então, esse período aí foi fundamental porque pelo meu tempo de uso que eu fiquei na rua assim, eu sempre ficava assim um, dois, três até cinco dias na rua fazendo uso, entendeu? Mas durante esses dias assim, eu tomava aquele banho assim, como você toma, tem um chuveirão assim, você vai lá tomar o banho no chuveiro, com roupa e tudo, roupa se seca isso é normal, mas todas as vezes que eu queria comer, dormir e tomar um banho com privacidade e limpeza de verdade no corpo, eu ia na minha casa. (P., morador da Maré e ex-frequentador da cena da Flávia Farnese)

Quando não existem vínculos familiares e mesmo com a maioria dos entrevistados vivenciando uma situação de rua, muitos destacaram uma convivência e relação social positiva, ainda que turbulenta e ambivalente, com a Maré, indicando, sem pormenorizar, uma sensação de pertencimento e afeto. Esta sensação fica mais evidente em alguns trechos do grupo focal realizado com usuários do *Espaço Normal* que, devido ao trabalho de redução de danos, cuidado comunitário e proteção social, conseguiram efetuar uma mudança positiva em suas vidas, saindo de uma situação de rua, e obtendo alguma estabilidade financeira e um lugar para morar fora das cenas de consumo existentes na região.

Quando fala em Maré a primeira coisa que vem na minha cabeça? A primeira coisa mesmo que vem na minha cabeça é mudança. Porque após eu pisar na Maré eu pensei assim: Pô, vou mudar, e não conseguia mudar. E hoje em dia eu olho para a Maré, eu olho para o sentido de que me deu muitas oportunidades. Uma comunidade onde nenhuma outra comunidade tem algo especial como tem na Maré, ou seja, a Maré dá muita oportunidade para diversas pessoas, sejam pessoas que vivem na cena seja trabalhador, estudante. Então quando eu penso em Maré eu penso na minha casa. É isso. (L., morador da Maré, ex-morador da cena da Flávia Farnese)

Quando diz Maré... para mim significa um recomeço. Porque eu saí da minha comunidade, morei na rua, eu morei na Ilha, parei debaixo do viaduto da base área. Eu conheci aqui, não vou mentir, só como uma comunidade onde eu poderia vir comprar drogas, mas veio o Espaço Normal. Que eu aprendi muitas coisas. Porque antes de eu ir para a rua eu não sabia que existia recursos de ajuda. Entendeu? Porque para você ter uma ajuda você tem que querer sair das ruas. Eu tenho a minha profissão, eu sou manicure. Se eu puder ajudar as outras pessoas eu ajudo. Hoje eu moro aqui. As pessoas do Espaço me ajudaram muito. Tanto na advocacia, com as minhas filhas, quanto em conselhos, em redução de danos também. Hoje eu moro na Rua A, eu e meu esposo. E graças a Deus a gente só está crescendo. Então eu vejo aqui não como um lugar que eu venho comprar drogas, que eu posso comprar drogas, mas um lugar que eu posso procurar emprego. Um recurso de cursos. Ambiente de trabalho. Um advogado que eu não posso pagar eu sei que tem. Que eu posso contar. E daqui para frente eu só estou crescendo, graças a Deus. Entendeu? (L., moradora da Maré)

Quando eu ouço falar o termo Maré para mim é um nome que significa muito. Entendeu? Foi o pontapé inicial da minha mudança, foi onde eu consegui descobrir a possibilidade de encontrar caminhos novos. Aonde eu consegui perceber que seria um lugar que eu poderia mudar, poderia conhecer que seria possível ter uma redução de danos. Que eu sei que seria possível ter um uso menos agressivo das drogas. Hoje eu posso falar que foi um refúgio que eu tive para eu ter uma vida diferente da que eu levava lá fora. Antes de conhecer. É isso. (L., 27 anos, frequentador do Espaço Normal)

Além dos diferentes relatos e formas de conexão, vivência e relação com a Maré, o material qualitativo evidenciou relações de proximidade que remetem a uma metáfora familiar, construída por afinidades trazidas à tona pela convivência intensa na rua e nas cenas abertas de consumo de drogas. Segundo Nascimento (2017):

Essas relações de proximidade e de cunho familiar, construídas através das afinidades trazidas à tona pela convivência intensa vivenciada na cena, ficam claras na fala da assistente social da Redes da Maré, quando nos diz que: “(...) tem uma coisa da família de rua, né, muitos deles se acompanham há muito tempo, já passaram por várias cracolândias antes de chegarem ali, então tem uma coisa da família de rua e do cuidado muito forte, me parece muito claro. Se um tá doente, por exemplo, eles não dividem comida, mas se você tá com tuberculose, eles dividem comida pra você, mesmo que você fosse um escroto, que nem (...) briga com todo mundo, quando ela tava pele e osso todo mundo dava metade da quentinha pra ela, então tem uma coisa do cuidado ali.” (NASCIMENTO, 2017, p. 170)

Estas dimensões afetivas e apoio mútuo que a vida nas ruas e nas cenas de consumo acabam proporcionando e, talvez até se sustentando ao longo do tempo, são ainda melhor descritas no relato a seguir:

Não tenho saudade desse tempo – eu tenho saudade... porque, querendo ou não, eu sei que no meio da drogadição, não existe amizade: “é meu amigo”; existem colegas. E eu ganhei alguns colegas, mas mal sabem eles que eu ganhei mais do que colegas, porque eu não via eles nem como colegas, eu via como uma família que está ali à margem da sociedade, a nossa família é uma família. (V., morador da Maré, ex-morador de rua)

2.3 DISCRIMINAÇÃO, PRECONCEITO E HUMILHAÇÃO

Jessé Souza, em um livro intitulado *Crack e Exclusão Social*, afirma que o usuário regular de *crack* “em sua esmagadora maioria, faz parte daquilo que chamamos de *ralé brasileira*, não para insultar quem já é humilhado, mas, sim, para denunciar a iniquidade do abandono social já secular que é

o principal traço social singular brasileiro” (SOUZA, 2016, p. 34). Neste mesmo estudo e publicação, Jessé Souza e Andressa Lima (2016) cunham o termo “*ralé da ralé*”, como forma de aprofundar a percepção sobre a condição de extrema vulnerabilidade social deste grupo populacional específico evidenciada pelas pesquisas.

Essa dimensão já fora apontada por Taniele Rui (2012), em sua tese de Doutorado, ao estudar a figura do *nóia*, gíria de São Paulo, que denomina as pessoas que desenvolvem um uso prejudicial de *crack*:

Nesta tese, parte-se da figura do *nóia*, apreendida por mim como uma categoria, a um só tempo, de acusação e de assunção que agrupa apenas um segmento muito particular dos usuários de *crack*: aqueles que, por uma série de circunstâncias sociais e individuais, desenvolveram com a substância uma relação extrema radical, produto e produtora de uma corporalidade em que ganha destaque a abjeção. Se da perspectiva das interações concretas trata-se de uma categoria bastante plástica; é instigante o fato de que tal plasticidade some quando se fala publicamente do uso de *crack*: imediatamente é essa figura que emerge e justifica todo o aparato repressivo, assistencial, religioso, midiático, sanitário e moral. Portanto, é o corpo do *nóia* que radicaliza a alteridade, na medida em que materializa um tipo social fundado a partir da exclusão. Uma vez nessa condição, evoca limites corporais, sociais, espaciais, simbólicos e morais, bem como impulsiona a criação de gestões assistenciais e policialescas que visam tanto recuperá-lo quanto eliminá-lo. (RUI, 2012, p. XI)

Segundo Fernandes e Araújo (2010), em regra, os sujeitos que vivem na rua de forma temporária ou permanente, que não possuem endereço fixo e que fazem uso regular de drogas estão numa condição marginal de vida, sendo constantemente vítimas de preconceito e/ou objeto de comiseração, e entendidos pelo poder público como um grave problema social, tornando-se alvos de políticas orientadas para seu atendimento (FERNANDES; ARAÚJO, 2010).

No grupo de entrevistados no *Espaço Normal*, 28,4% dos participantes informaram ter sido vítimas, de alguma forma, de discriminação ou preconceito, mesmo dentro de um território, e por uma população que apresenta diversas formas de vulnerabilidade social: são alvo de processos de estigmatização, marginalização e preconceito pelas camadas mais abastadas da sociedade. Contudo, na população da Maré, o percentual foi de apenas 5,6%. Para a subamostra da população da Maré com o mesmo perfil demográfico dos frequentadores das cenas, o percentual foi um pouco maior (7,4%), assim como entre os moradores da Área 1 (6,2%). No entanto, mesmo entre subgrupos ainda mais específicos da população domiciliada, como o formado por homens jovens pretos, o percentual ainda foi bastante inferior (11,7%).

O rótulo e a abjeção vinculados a corpos e formas de existência produzem outros efeitos subjetivos perversos. Assim, 53% dos entrevistados disseram sentir-se envergonhados junto a outras pessoas, para 25% na população da Maré e 19,7% dos homens jovens pretos; 35% dos entrevistados sofreram algum tipo de violência verbal (xingado/humilhado), em contraposição aos 10,8% da população da Maré; 14% da população com o mesmo perfil demográfico dos frequentadores e 8,8% dos homens jovens pretos.

Eu não tenho recurso, não tenho um emprego, não tenho quem me ajude nem nada, eu vou catar uma lata, eu vou catar uma pet, eu vou juntar para comprar. Isso eu acho um preconceito, sabe por quê? Não é um trabalho de carteira assinada, mas é um trabalho. Eu não estou roubando ninguém, eu não estou tirando de ninguém, nem de quem tem nem de quem não tem. Você está me entendendo? Eu estou aí na luta para ter o que eu quero. Isso que eu acho totalmente errado: Ah não gosto de morador de rua. Ex-morador de rua... (L., moradora da Maré, frequentadora do EN)

Não raro, apesar da lucratividade gerada por uma clientela regular, os próprios integrantes de grupos armados locais são vetores de discriminação, submetendo-os a diversas formas de humilhação e/ou preconceitos. Outras vezes, a discriminação é justificada pelos próprios frequentadores das cenas, como maneira de se diferenciar dentro do próprio grupo de usuários.

A gente fala da forma que é assim. Tem pessoas aqui que convivem comigo. Ele, por exemplo, um andarilho, vive na cena. Eu sou usuária. E mesmo sendo (...) eu ainda sou usuária. Mas da boca de fumo na favela que não tem. Mas de qualquer boca que eu for, qualquer chefe grande que eu for, até no meu condomínio eu sou respeitada. Eu sou tratada como uma pessoa da sociedade, eu me dou o respeito. Eu não chego na boca pra comprar uma droga com o sorriso aqui. Eu não vou escutar vai tomar no c, igual eles falam, porque eles não se dão o respeito, não tem respeito pelos bandidos. Eles não têm respeito pelas pessoas. Os usuários não têm respeito entre eles e nem respeito com os bandidos. Eles têm medo. Existe diferença de medo para respeito. Então eu te respeito, eu quero respeito. Eu não vou mandar você tomar também, a senhora está entendendo o que eu quero dizer? (L., moradora da Maré, frequentadora do EN)*

2.4 EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA, VIOLÊNCIA ARMADA E VITIMIZAÇÃO

Ao contrário do que supõe o senso comum, que atribui às cenas de consumo de *crack* ou *cracolândias*, como usualmente são chamadas, um caráter de território “sem lei”, a pesquisa da Redes da Maré & CESeC, de 2015, já citada nesse Capítulo, registrou na Flávia Farnese a existência e atuação de um conjunto específico e bastante rígido de regras, hierarquias de poder, mecanismos próprios de resolução de conflitos, controle e regulação social. O problema, segundo Silva, Malanquini e Anhorn (2017), não diz respeito

propriamente à falta de regulação, mas a seu caráter ilegal, caracterizado pelo uso ou pela ameaça de uso da violência.

Antes de mais nada, como em toda área sob domínio de grupos armados, especialmente aquelas que realizam a venda no varejo de drogas ilícitas, existem as chamadas *leis do tráfico* que, no caso da cena de consumo de *crack* em questão, adquirem intensidades, conotações e formas de imposição específicas, sendo por vezes ainda mais rígidas do que as que, geralmente, são aplicadas aos demais habitantes deste território. Existem, portanto, normas próprias que regulam comportamentos, e que restringem e controlam a circulação dos usuários no interior das favelas e suas relações com os demais moradores e comerciantes da Maré.

Grosso modo, segundo as autoras (2017), as “leis” locais distinguem transgressões *mais leves* (como, por exemplo, não limpar o barraco), de outras *mais graves*, como roubar ou agredir moradores da comunidade. Durante o processo de pesquisa, foram identificadas três esferas ou instâncias de poder atuantes, naquele período, na mediação e resolução de conflitos ou na punição daqueles que infringiram as regras compostas por lideranças e que funcionavam segundo uma lógica verticalizada, conforme a complexidade e a gravidade dos delitos e suas respectivas punições: “(a) duas lideranças femininas internas à cena; (b) a Associação de Moradores do Parque Maré; e (c) integrantes do *Comando Vermelho*, grupo criminoso armado local” (SILVA; MALANQUINI; ANHORN, 2017, p. 123).

Assim, as transgressões que eram consideradas *leves* eram mediadas e encontravam resolutividade no âmbito de atuação das lideranças internas, enquanto as *mais graves*, especialmente quando envolviam agressões e violações patrimoniais a moradores da Maré, deveriam passar obrigatoriamente pelo “tribunal” do tráfico – a “*voz maior*” (*Idem*, 2017, p. 124), como era conhecida e relatada pelos moradores e frequentadores da cena. As manifestações mais expressivas de poder são o controle espacial da cena e da circulação dos usuários que podem transitar pelas “principais ruas comerciais para

ir até a ‘boca de fumo’ ou até o Parque União, onde fica outra cena de uso na Maré, mas estão proibidos de entrar nas ruas internas e residenciais, assim como de consumir drogas, permanecer ou dormir em qualquer lugar fora da CCFE^{*42} (*Ibidem*, 2017, p. 125).

A desobediência às “leis” do tráfico é punida com “corretivos” físicos e/ou expulsão da favela. Segundo as autoras, foram observadas com frequência, nos usuários, frequentadores e moradores da cena de consumo da Flávia Farnese mutilações e cicatrizes que podiam ter inúmeras causas, tais como atropelamentos, brigas, violência policial, mas que habitualmente são geradas, sobretudo, pelos “corretivos” aplicados pelos integrantes dos grupos armados que dominam a área. Desse modo, “funcionam, assim, como marcas-estigmas ou, na gíria local, *marcas de vacilação*, que inscrevem permanentemente no corpo o sinal do castigo” (*Ibidem*, p. 125).

Em suma, o quadro da violência verificado nos frequentadores das cenas de uso de *crack* e outras drogas foi bastante significativo. A proporção de participantes que relataram experiências de violência na comunidade nos últimos 12 meses foi marcadamente superior às relatadas na amostra domiciliar. Pouco mais de dois terços se viram em meio a um tiroteio, e mais de um terço teve alguém próximo morto ou baleado. Testemunhar cenas de violência foi bastante comum nas cenas de uso de drogas: mais da metade dos entrevistados viu alguém sendo espancado ou agredido, e mais de um terço viu alguém sendo baleado ou morto.

42 *CCFE: Cena de Consumo da Rua Flávia Farnese.

Tabela 1 - Percentual de pessoas que passaram por experiências de violência ocorridas nos últimos 12 meses na Maré

Experiências de violência ocorridas nos últimos 12 meses na Maré	Espaço Normal			Domiciliar População da Maré	Survey Domiciliar subamostra com Perfil Similar	Survey Dom. (Área 1)
	N	FREQ.	%	%	%	%
Esteve em meio a um tiroteio na Maré	197	132	67,0	43,9	50,8	49,7
Viu alguém sendo espancado ou agredido	198	111	56,1	23,8	27,4	29,6
Viu alguém sendo baleado ou morto	196	71	36,2	16,9	21,1	22,6
A pessoa ou alguém da sua família teve alguma restrição no acesso a equipamentos públicos, como posto de saúde e escola, devido a alguma situação de violência	194	20	10,3	53,7	60,6	64,6
Teve algum prejuízo no trabalho ou escola/universidade devidos a alguma situação de violência	165	28	17,0	33,5	32,5	38,4
Alguém próximo foi morto ou baleado na Maré	198	75	37,9	25,5	32,7	25,0
Sofreu alguma violência verbal (xingado / humilhado)	195	68	34,9	10,8	14,1	8,9
Foi vítima de discriminação ou preconceito (racismo, homofobia, misoginia)	197	56	28,4	5,6	7,4	6,2
Teve alguma perda material (dano ao patrimônio, carro, janelas, ar-condicionado, objetos pessoais, equipamentos domésticos) devido situações de violência	194	31	16,0	8,0	9,6	10,4
Sofreu extorsão	196	22	11,2	1,8	2,6	2,5
Foi agredido ou abusado fisicamente	196	38	19,4	1,8	1,7	1,6
Sofreu algum assédio sexual em ruas, vielas, praças ou eventos	196	19	9,7	3,2	2,8	4,8

Fonte: Dados da pesquisa Construindo Pontes, 2020-2021.

Para compensar a influência da diferença sociodemográfica existente entre a população adulta da Maré (representada pela amostra do levantamento domiciliar) e a população de interesse abordada na pesquisa realizada com o público do *Espaço Normal*, calculamos estatísticas para dois públicos específicos. O primeiro, consiste em uma parcela da amostra total reunida no *Survey* domiciliar, pareada em suas características sociodemográficas, com a amostra coletada no *Espaço Normal*. Isso quer dizer que, para cada indivíduo presente na amostra da pesquisa realizada no *Espaço Normal*, foi selecionado aleatoriamente, da amostra da pesquisa domiciliar, um indivíduo exatamente com os mesmos atributos de idade, sexo e cor. Essa subamostra contou com 160 casos. O segundo grupo de comparação consiste num filtro das pessoas selecionadas na Área 1, dominada por uma facção do tráfico de drogas. O motivo para considerar este filtro é que as cenas de consumo pesquisadas se concentram nesse território e em seu entorno imediato. Além disso, apenas a facção que controla a Área 1 comercializa *crack*.

Assim, vimos, por um lado, que as experiências de vitimização e a exposição à violência eram maiores para os frequentadores das cenas de uso de *crack* e outras drogas em relação aos níveis estimados para a população adulta da Maré como um todo. Isso ocorre, sobretudo, para experiências diretas de exposição aos confrontos armados, tiroteios e ao testemunho de vitimizações por armas de fogo. Por outro lado, no que diz respeito a diferentes formas de vitimização (o que implica sofrer ou ser vítima de algum tipo de violência ou violação), a proporção de pessoas que relataram passar por tais tipos de experiências foi, muitas vezes, superior, mesmo em relação aos grupos de comparação com perfil similar.

Por exemplo, a exposição a tiroteios (a experiência de presenciar diretamente um confronto armado) foi 53% superior para os frequentadores das cenas em relação à população adulta da Maré (67% contra 43,9%). Essa diferença foi menor para os grupos de comparação – cai de 53% para cerca de 30% superior. Uma vez que, considerados os mesmos perfis de sexo, idade e raça,

os riscos à exposição à *violência armada* de adultos domiciliados e frequentadores das cenas de uso tendem a se aproximar.

Quando observamos, entretanto, eventos de vitimização, como agressões físicas e espancamentos, por exemplo, as diferenças são, além de elevadas, pouco impactadas pelos diferentes perfis das subamostras domiciliares. A vitimização por agressão física foi mais de 10 vezes superior para os frequentadores da cena, do que aquela registrada na amostra domiciliar – 19,4% contra 1,8%, para amostra de toda a Maré; 1,7% para o grupo com perfil sociodemográfico similar aos dos frequentadores das cenas de uso e; 1,6% para os moradores e moradoras da Área 1, sob controle de facção do tráfico de drogas.

Há, portanto, diferenças nas vivências e experiências dos frequentadores das cenas de uso que ocorrem em função do perfil, mais próximo das chamadas *vítimas preferenciais* para alguns tipos de eventos violentos, mas também, devido a características que são bastante específicas e peculiares a este público.

2.4.1 ESTAR EM MEIO A UM TIROTEIO

A localização de algumas cenas de consumo em locais onde ocorrem confrontos armados entre as facções rivais, as chamadas *divisas*, por exemplo, somada à presença frequente de pessoas no entorno imediato de pontos de vendas de droga, fazem com que experimentem maior exposição ao risco de serem surpreendidas ou estarem em meio a um tiroteio. Dentre os frequentadores das cenas de uso, 67% estiveram em meio a um tiroteio pelo menos uma vez no último ano. O mesmo percentual foi igual a 43,9% para a população adulta da Maré como um todo. Os percentuais de exposição aos tiroteios para os dois grupos de comparação observados (a população da Área 1, e o grupo com, aproximadamente, o mesmo perfil demográfico dos frequentadores das cenas) ficaram em 50%.

Ainda que não se reduza à dimensão específica, o risco de sofrer ou testemunhar ferimentos à bala e/ou assassinatos são maiores para este grupo, tanto como reflexo do risco de estar em meio a um tiroteio quanto pela própria violência com que são tratados e se expõem devido à fissura e aos efeitos psíquicos do uso prejudicial e dependência em drogas. Assim, enquanto 36% dos entrevistados no *Espaço Normal* responderam ter visto alguém ser baleado ou morto, esse percentual foi de 16,9% para a população geral domiciliada. A exposição, portanto, mais do que dobra. Para os grupos de comparação, os percentuais ficam entre 21 e 22%. A diferença diminui, mas ainda é significativa em relação aos frequentadores das cenas de uso de drogas.

Foi ali mesmo. Entende? Foram vários outros casos, vários. Meu amigo tomou um tiro sentado no sofá, na cena da 29, entende? Não foi da Polícia, mas de confronto, a guerra que a droga causa, entende? [Confronto entre] as facções... no dia que o moreninho veio e deu um tiro, acertou um bandido e acertou um usuário que era frequentador da cena. Entende? Mas não partiu na direção dela, partiu de lá primeiro, o cara foi morto, acertou o bandido, independente. Ok, acertou o bandido, mas o usuário não está participando dessa guerra. Como poderia ser um morador, uma criança (...) qualquer um que estivesse passando poderia ser o alvo, entende? (L., 27 anos, frequentador do EN)

F: Ele morreu de quê?

P: De um acidente lá devido...

F: De carro?

P: Não de bala perdida devido à cena de uso ficar na divisa, entendeu? Então tipo assim quando tem certos confrontos o alvo é os moradores dali da divisa e nesse certo dia exatamente ele tomou uma bala perdida, entendeu?

F: Morreu lá na FF de bala perdida?

P: Foi, morreu no hospital, ficou ainda cinco dias em coma. (Diálogo entre entrevistadora e P., morador da Maré, ex-frequentador da cena da Flávia Farnese)

2.4.2 TESTEMUNHAR (E SOFRER) ESPANCAMENTOS E AGRESSÕES FÍSICAS

A exposição e a vitimização por agressão física foram aspectos distintivos fundamentais, que distanciam as experiências de convívio com a violência dos frequentadores das cenas de uso – outras experiências especialmente distintas foram as agressões verbais, e os casos de preconceito e discriminação. Entre os frequentadores, 19,4% relataram ter sido agredidos fisicamente no último ano. No *Survey* domiciliar, esse percentual foi de apenas 1,8% da população. E mesmo nos grupos de comparação, com perfil mais similar aos dos frequentadores das cenas de uso, o percentual ficou menor que 2%. Os frequentadores entrevistados passaram por esse tipo de vitimização cerca de 10 vezes mais do que a população domiciliada. Outra pergunta, com uma formulação um pouco diferente, verificou que o percentual de frequentadores das cenas de uso que afirmaram ter sido vítimas de violência física no último ano foi igual a 31%. O mesmo percentual estimado para a população adulta da Maré, que foi de 3,8%; para a população da Área 1 igual a 4% e para a subamostra com perfil demográfico similar aos frequentadores das cenas foi igual a 4,7%. Talvez mais relevantes do que as discrepâncias nos percentuais estimados seja a manutenção da razão, na ordem de 10 para 1, na vitimização por agressão física sofrida pelos frequentadores das cenas.

A diferença e o nível de exposição à violência estão diretamente ligados aos aspectos indicados acerca dos modos de regulação e controle violentos exercidos pelos grupos armados sobre esta população específica e que se

acentua pelas disputas e rivalidades entre as diferentes facções criminosas atuantes na Maré. Isso porque, ainda que a história e a relação da venda ou não de *crack* pelas diferentes facções existentes não sejam propriamente elucidadas pela literatura especializada, o fato é que, atualmente, ao menos no que diz respeito ao conjunto de favelas da Maré, a venda de *crack* é realizada exclusivamente nas favelas dominadas por grupos armados ligados ao *Comando Vermelho*, a saber: Parque Maré, Nova Holanda, Parque Rubens Vaz e Parque União. Tal exclusividade produz uma identificação entre os usuários e esta facção, tanto entre os próprios usuários, quanto entre estes e os integrantes dos grupos armados, policiais e os demais moradores das diferentes favelas da Maré.

Esta vinculação vai ser geradora, portanto, de represálias, desconfianças, limites de circulação, opressão e controle, sendo um dos fatores preponderantes para a exposição e a vitimização aos efeitos da dinâmica da *violência armada* presentes no território.

Ele mora do outro lado da divisa. Eu acho que ainda é Nova Holanda. Acho que sim, porque é bem na beirinha. Para trazer um recado cá, porque ele atravessa para cá, para ir para o trabalho, ele passa do lado de cá que vai parar lá na cena. Para usar a droga dele, ele não é usuário de crack, mas ele usa pó. E fuma a maconha dele, então ele para ali, usa a droga dele e retorna. Eles pegaram ele, deram uma bela de uma surra, machucaram bastante e mandaram me dar o recado: Não querem ninguém do outro lado, não querem ninguém circulando da divisa para lá, nem os garimpos. A. lá garimpando, pegaram ela e cortaram o cabelo dela. Quebraram a perna. (L., Grupo Focal EN)

É. Pintaram com ela. Fizeram o que quiseram, porque ela é irmã de um da boca do lado de cá. Jogaram ela no porta-malas, no carro. Vieram até o lado de cá. Pararam em frente à cena, um deles desceu do carro e pipocou seis tiros numa atividade (...) assim, na nossa visão, na nossa frente. Retornou, levaram ela e soltaram ela depois, porque o pastor conseguiu intervir para que soltasse ela. Ela hoje está lá na cena de volta, mas deixaram ela bem debilitada. Então você não tem o direito de ir e vir. (L., Grupo Focal EN)

Apesar disso, muitos arriscam ultrapassar as divisas e fronteiras estabelecidas na geopolítica dos grupos armados, por desenvolverem atividades de coleta de materiais recicláveis para geração de renda, o chamado *garimpo*, dentre outras atividades de trabalho desenvolvidas no local. Ainda assim, sempre existe o risco de sofrer alguma forma de agressão ou represália por causa desta vinculação e disputa.

M: A pergunta é se vocês conseguem saber, são 16 favelas, 16 comunidades, se vocês circulam por todas elas?

V: Por todas elas.

M: Andam por todas elas tranquilamente?

L: Na verdade não é muita tranquilidade, não. Nós passamos. Mas não é tão tranquilo, não. (Diálogo entre entrevistadora e participantes do Grupo Focal EN)

V: Lá eles deixaram bem claro para mim que não gostam de morador de rua. Deixaram bem claro na minha cara: Ó, a gente não gosta de morador de rua!

L: Na verdade, não é que eles não gostam de morador de rua, eles não gostam de usuário de crack. (Diálogo entre V. e L., Grupo Focal EN)

2.4.3 EXPULSÃO, DANOS MATERIAIS E SIMBÓLICOS

A relação constante de posse e uso de substâncias psicoativas ilegais, e a marginalização e estigmatização de pessoas produzem maior fragilidade no que diz respeito à exposição, vitimização e risco de serem alvo da

violência policial e de violações de direitos praticadas, geralmente, pelas forças de Segurança Pública. Por causa disso, 24% dos entrevistados perderam documentos ou bens pessoais, devido à intervenção de agentes do Estado; 11% já perderam alguma medicação (própria ou de pessoas próximas), devido à intervenção de agentes do Estado e; 16,2% foram expulsos ou tiveram de sair da Maré ou de outro lugar, por medo ou ameaças sofridas.

Além disso, 11,2% dos entrevistados frequentadores das cenas de uso afirmaram ter sofrido extorsão. Esse percentual no *Survey* domiciliar foi de apenas 1,8% da população. Mesmo outras populações potencialmente mais sujeitas a esse tipo de experiência mostraram percentuais muito inferiores, como as pessoas que residiam na Área 1 (2,5%), uma parcela da população domiciliada com perfil demográfico similar ao dos frequentadores (2,6%) e os domiciliados que eram homens jovens e pretos (2,9%).

2.5 PERCEPÇÕES DAS VIOLÊNCIAS, MEDO E SENSAÇÃO DE INSEGURANÇA

O medo da exposição à *violência armada* e da vitimização não foi necessariamente maior entre os frequentadores da cena do uso de drogas do que o revelado no *Survey* domiciliar aplicado à população adulta da Maré. Em alguns casos, o medo relatado foi similar; em outros casos foi, inclusive, menor. As discrepâncias observadas nos resultados obtidos para domiciliados e frequentadores das cenas de uso permitem vislumbrar aspectos singulares das experiências de vida nas cenas, alguns dos quais apontados anteriormente.

Tabela 2.
O medo SEMPRE ou MUITAS VEZES de passar por situações ou experiências de violência na Maré

Fonte: Dados da pesquisa Construindo Pontes, 2020-2021.

Situações elencadas como motivo para o medo e sensação de insegurança	Espaço Normal			Survey Domiciliar		
	Amostra total			População da Maré	subamostra com Perfil Similar	Dom. (Área 1)
	N	FREQ.	%	%	%	%
De ser atingido por uma bala perdida na Maré	198	121	61,1	62,7	66,2	61,1
De que alguém próximo seja atingido por uma bala perdida na Maré	184	96	52,2	70,9	74,6	69,8
De sofrer agressão física ou verbal dentro da Maré	197	88	44,7	33,8	36,4	29,7
De que alguém próximo sofra agressão física ou verbal dentro da Maré	186	71	38,2	46,0	49,4	43,2
De ter perda econômica/material ou de perder o trabalho por causa de situações de violência na Maré	194	76	39,2	34,7	39,9	34,4
De se envolver com atividades ilícitas ou ilegais	197	96	48,7	22,9	23,1	19,0
De que alguém próximo tenha de se envolver com atividades ilícitas ou ilegais	189	80	42,3	37,7	41,9	36,0
De falar o que pensa ou sente na Maré	197	71	36,0	31,5	34,9	31,0
De circular na Maré	197	38	19,3	11,5	9,9	11,8

Basicamente, podemos analisar a Tabela anterior a partir de algumas chaves interpretativas, observando os casos em que o medo e o sentimento de insegurança eram iguais, menores ou maiores para os frequentadores, em relação à população domiciliada:

1. De modo geral, em relação à exposição à violência, o medo de ser atingido por uma bala perdida foi bastante similar entre os frequentadores e o restante da população da Maré;
2. Para os frequentadores das cenas de uso, o medo de que alguém próximo seja vítima de uma bala perdida ou de uma agressão física foi menor do que os medos individualizados, quando a própria pessoa sofre a agressão. Também foi menor do que o medo relatado na população domiciliada. A experiência de estar em situação de rua e a “desinserção” com a qual essas pessoas vivem podem ter relação com a preocupação menos pronunciada com outro significativo, um padrão que apareceu na pesquisa domiciliar, na qual o medo por outrem muitas vezes foi maior do que a preocupação consigo;
3. Os medos relatados pelos frequentadores das cenas de uso de drogas foram mais pronunciados, em relação aos níveis registrados para a população domiciliada, para três tipos de eventos:
 - a. Medo de sofrer uma agressão física: 44,7% das pessoas que frequentavam as cenas de uso tinham muito frequentemente medo de serem agredidas. Esse percentual foi um terço maior do que o registrado para a população como um todo – que registrou 33,8%;
 - b. Medo de circular na Maré: em relação a outros medos e inseguranças consultados, esse foi o que obteve os menores níveis de medo frequente. No entanto, o percentual dos frequentadores das cenas de uso com medo de circular na Maré

foram 68% superiores ao percentual da população adulta, que afirmou ter esse tipo de medo ou receio – 19,3% contra 11,5%;

- c. Medo de se envolver com atividades ilícitas ou ilegais: quase metade dos entrevistados nas cenas de uso revelaram ter muito frequentemente esse tipo de medo (48,7%). Esse percentual é mais do que o dobro daquele registrado para a população adulta da Maré (22,9%), para os dois grupos de comparação observados. O medo de que outras pessoas próximas se envolvam com atividades ilícitas foi um pouco maior do que o registrado para a população adulta em geral.

Estes resultados, maiores do que a amostra domiciliar relacionados ao medo, tensão e insegurança, encontram, em certa medida, eco em outros estudos e publicações relacionados às adversidades e riscos decorrentes do uso do crack na literatura especializada.

Ribeiro, Sanchez, Nappo (2010) propõem, a partir de seus estudos e pesquisas de campo, três grandes categorias de riscos existentes, a saber: “(1) riscos decorrentes dos efeitos psíquicos da droga; (2) riscos de complicações físicas decorrentes do uso da droga; e (3) riscos decorrentes da ilegalidade da droga” (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010, p. 212).

Os riscos decorrentes dos efeitos psíquicos da droga estariam especialmente associados aos quadros de fissura e paranoia apresentados pelos usuários. Em decorrência destes quadros, os riscos mais comuns são relacionados com lesões físicas devido a brigas, comportamento sexual arriscado, detenção policial e perda de vínculos, tanto familiares quanto conjugais e de amizade. Os riscos de complicações físicas associadas ao uso da droga dizem respeito a complicações físicas decorrentes do uso prolongado e regular de *crack*, como *overdose*, emagrecimento e insônia.

A terceira categoria de riscos é decorrente da ilegalidade da droga, associada principalmente à violência originada tanto de traficantes quanto da Polícia. A violência praticada por traficantes foi avaliada como um dos principais riscos do uso do *crack* e se intensifica especialmente quando as regras locais ditadas pelos grupos que realizam a atividade do tráfico são descumpridas. O principal risco, nesse sentido, seria não honrar dívidas com o traficante, tendo muitas vezes, como consequência, a morte do usuário. Além disso, roubar nos arredores dos pontos de venda de drogas e usar *crack* nesses ambientes foram indicados como fontes de conflitos com os traficantes. Comumente, tais comportamentos são severamente reprimidos, porque poderiam levar à presença ou chamar a atenção da Polícia, criando problemas e prejudicando a dinâmica local e as formas de regulação social desses territórios e seu cotidiano.

Segundo as autoras:

A morte surgiu como o risco inerente ao consumo de *crack* mais temido pelos usuários, mas que, quando evitado, permite a manutenção da dependência por muitos anos. Esteve distribuída nas três classes de risco, de forma que a maior parte das estratégias visa driblar a possível morte. [...] Nesse contexto de risco de morte, Ribeiro *et al.* apresentam os homicídios como principal causa de morte entre usuários de *crack*. Diante disso, no presente estudo as questões relacionadas à ilegalidade da droga, principalmente tráfico e polícia, foram exaltadas. Haasen e Krausz afirmam que os homicídios relacionados ao crack estão ligados diretamente aos riscos apresentados pelo mercado ilícito de drogas. (RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010, p. 213)

Existe, ainda, uma espécie de consenso na opinião pública – alimentado basicamente pela maneira como a mídia retrata estes indivíduos – mas que acaba se refletindo concretamente no modo como os efeitos do uso repetido

da droga por dias a fio, tendo como limite aparente a exaustão física, alterando as expressões, o cuidado com o corpo e o comportamento dos sujeitos. O estado físico ganhou, especialmente na mídia e no senso comum, a alcunha ou analogia com *zumbis* ou seres desprovidos de qualquer forma de racionalidade e arbítrio sobre seus atos, produzindo uma espécie de demonização da droga e desses sujeitos. Analogia que estimula, portanto, uma rotulação de indivíduos que passam a ser vistos como extremamente perigosos e violentos e que, por causa desta razão alienada pelos efeitos da droga, são capazes de qualquer coisa para conseguir mais uma dose e o prolongamento dos efeitos prazerosos produzidos pelo *crack*.

No entanto, segundo Sapori e Sena (2012):

(...) um breve levantamento da bibliografia referente ao tema revela que a associação *crack*/violência urbana não deve ser compreendida pelo aspecto psicofarmacológico da droga, supondo-se que após sua ingestão alguns indivíduos podem se tornar irracionais a ponto de agir de forma violenta, ou mesmo resultado da irritabilidade associada a síndromes de substâncias que causam dependência química. É na dimensão da violência sistêmica que o fenômeno adquire contornos mais nítidos. Ele está relacionado à dinâmica do comércio das drogas ilícitas, incluindo disputas territoriais entre traficantes rivais, afirmação de códigos de condutas no interior dos grupos de traficantes, eliminação de informantes, punições por adulteração de drogas, punições por dívidas não pagas, entre outros conflitos que emergem no processo de comercialização do produto. (SAPORI; SENA, 2012, p. 75)

Os riscos, efeitos e consequências da relação existente entre *crack* e violência, portanto, devem ser observados e analisados em relação com uma série de outros motivos, tais como a situação socioeconômica vivenciada pelos usuários, as condições familiares e das redes sociais estabelecidas pelos sujeitos, a própria ilegalidade do uso, os processos de estigmatização e

criminalização vivenciados cotidianamente, além da própria dinâmica violenta que estrutura o funcionamento do tráfico de drogas no varejo, como vimos anteriormente.

Assim, ainda conforme Sapori e Sena (2012):

O caráter de ilegalidade dessa atividade comercial, em um contexto de elevada demanda pelo produto por ela oferecido, tende a fomentar situações de conflito resolvidas mediante o uso da força física. Em outros termos, há sempre algum grau de violência sistêmica associada ao comércio das drogas ilícitas, que tende a variar de acordo com as características do contexto social. (SAPORI; SENA, 2012, p. 88)

Diante deste panorama brevemente aqui delineado, é possível concluir que as principais vítimas da violência engendrada no mercado do *crack* são os próprios consumidores, principalmente os compulsivos e, em boa medida, os de baixa renda, residentes nas favelas ou em situação de rua. Por mais que os crimes contra a propriedade possam ser atribuídos aos usuários compulsivos, os crimes contra a vida e os episódios de violência física relacionados ao uso compulsivo da droga acometem, principalmente, estes mesmos usuários. O quadro indica uma inversão do que se propaga pela mídia e no senso comum acerca da droga e destes indivíduos e para a necessidade de recolocar a questão de modo a dar respostas para a gravidade deste problema social.

2.6 REDE DE APOIO E REFERÊNCIA PARA O CUIDADO EM SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

Conforme já descrevemos no artigo de contextualização da pesquisa,⁴³ a migração e a presença massiva de usuários de *crack* nas cenas abertas na Maré a partir do final do ano de 2012 (SILVA; MALANQUINI; ANHORN, 2017) provocaram a abertura de novos equipamentos e serviços públicos no local. O cuidado em saúde era prestado, principalmente, pela equipe técnica do Consultório na Rua de Manguinhos, inaugurado em 2011. Outra importante iniciativa governamental diz respeito ao *Programa Proximidade*, criado em 2013, pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), que funcionou somente até o final de 2016.

Como afirmado, no campo da saúde mental, em abril de 2014, houve a abertura do CAPSad III Miriam Makeba e, em 2015, foi inaugurada a Unidade de Acolhimento Adulto – UAA Metamorfose Ambulante, que oferece acolhimento transitório às pessoas com necessidades advindas do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Em maio de 2018, foi inaugurado o *Espaço Normal* e, no mesmo ano, o local onde funcionava o Programa Proximidade passou a sediar o Centro POP José Saramago e o Hotel Solidário Bonsucesso.

Ao mesmo tempo, desde 2015, a equipe da Redes da Maré que desenvolvia o projeto precursor da criação do *Espaço Normal*, procurou articular os diferentes serviços, a fim de ampliar o alcance de suas ações e a própria articulação entre eles, potencializando o cuidado e a proteção social dos usuários regulares das cenas abertas de consumo de *crack* e outras drogas na Maré. Ainda em 2015, as reuniões se concentravam em dois grandes eixos de debate e reivindicação: a discussão conjunta de casos específicos da cena entre os atores institucionais que atuavam naquele espaço; e a negociação em torno de como os equipamentos de Atenção Básica existentes na Maré poderiam começar a atender, sistematicamente, os moradores e frequentadores

⁴³ Ver Introdução.

da cena de consumo localizada na Rua Flávia Farnese. Nesse período, ficou decidido que o CMS Samora Machel – cujas equipes e áreas de abrangência foram posteriormente incorporadas à Clínica da Família Jeremias Moraes da Silva, aberta em 2018 – passaria a fazer o atendimento à cena - processo em parte provocado e acelerado pela interação do projeto, que fortaleceu a discussão em torno dessa possibilidade. É nesse momento que o nome *Flávia Farnese 500 surge* – para que a cena pudesse entrar no sistema de cadastro dos CMSs, pois precisaria se tornar um “endereço”, onde as pessoas moravam, e não mais um espaço público onde viviam em situação de rua, o que restringia, de certo modo, o atendimento ao espaço de atuação do *Consultório na Rua*.

Com a ampliação dos debates e articulações, em 2016, foi criado o *Fórum de Atenção e Cuidado aos Usuários de Álcool e outras Drogas na Maré*, que conta hoje com a participação de representantes do CAPSad Miriam Makeba, UAA Metamorfose Ambulante, de Clínicas da Família, Consultório na Rua de Manguinhos, Centro POP José Saramago, Hotel Solidário Bonsucesso, CREAS Stella Maris e CREAS Nelson Carneiro.

Uma das principais atividades desenvolvidas pelo Fórum é o ATEN-DA – Espaço de Atendimento Integrado. Criado em 2017, este dispositivo é uma iniciativa das instituições de Saúde e Assistência Social que compõem o Fórum, com o objetivo de oferecer atendimento compartilhado e integrado de usuários de *crack*, álcool e outras drogas, além da população em situação de rua. Basicamente são desenvolvidas, todas as segundas-feiras à tarde (ao menos até antes do surgimento da pandemia da COVID-19), oficinas socio-culturais, acompanhadas de ações específicas das equipes e serviços públicos, buscando disponibilizar um atendimento integral e articulado.

A criação do ATEN-DA foi provocada principalmente a partir da reconfiguração das cenas de uso de *crack* e outras drogas no entorno da Maré, com a proliferação de pontos de uso coletivo dessas substâncias ao longo da Avenida Brasil, próximos da Maré.

Toda essa breve história relatada, desde as dificuldades de atendimento e integração dos serviços até a própria confusão sobre de quem seria a responsabilidade de atendimento das pessoas, além da ordem cronológica de abertura desses serviços, vão influenciar decisivamente na própria maneira como os usuários percebem os serviços, os referenciam e acessam, e a própria forma como se desenvolvem os atendimentos e as relações entre eles e o aparato institucional.

O próprio modo como o Consultório na Rua de Manguinhos é reconhecido - como o grande parceiro no dia a dia das cenas e nas demandas, dilemas, abordagem e tratamento de problemas de saúde - diz muito sobre o processo e a forma como tal serviço se insere na vida das pessoas.

F1: Está mexendo na panela e tem um acidente no fogão e se queima. Quem é a primeira pessoa que chamam para ajudar ela toda machucada?

M: O Consultório de Rua.

F1: Vocês pegam o telefone e acionam o Consultório na Rua?

F: Na cena é assim, na [Avenida] Brasil já não sei.

F1: A pessoa se queimou e vai para o Consultório na Rua?

F: A gente procura.

F1: Mas aí vocês chamam pelo quê? Pelo celular?

F: A gente tem um presidente na cracolândia, ele é quem age dessa forma. Como eu agora não sou presidente, mas eu tenho um celular, meu trabalho lá na cena é esse.

F: O SAMU não entra lá não?

F: O SAMU é muito difícil.

F1: Mas o Consultório vem?

F: Vem...

F1: E acontecem acidentes lá?

F: Acontecem.

M: Acontece. Uma água cai, um álcool, alguém que bota fogo nele mesmo.

F1: Mas acontece de vez em quando ou muito difícil?

M: Não, difícil não.

F: Esse é o Consultório na Rua?

F: Esse é o Consultório na Rua. Aqui tem outro que está com a perna toda... A perna fedendo. E a doutora XX está aqui abaixada cuidando da perna dele.

(Diálogo entre entrevistadora e participantes do Grupo Focal EN)

Do mesmo modo, o Espaço Normal é percebido como um equipamento fundamental, tanto pela estruturação institucional quanto pela disponibilidade e campos de atuação abertos pela equipe técnica, num permanente esforço interdisciplinar de atendimento e mediação entre os serviços públicos e os usuários.

F3: Tive uma quebrada e uma fraturada, o pessoal do projeto Lima chamou o SAMU. Acho que se demoraram uns 20 minutos, meia hora, foi muito. Eu fui pelo menos lá foi bem rápido.

F1: Então o SAMU funciona?

M: Em alguns pontos né.

F3: Sabe por que nem todos os lugares vai ser tão rápido...

M: Um de cada vez.

M: O SAMU funciona. Porque as pessoas vão pensar que está tendo amplo atendimento deles aqui e não é a verdade. Entende?

F2: É opção. Vamos chamar o Consultório de Rua e vamos chamar o SAMU. O primeiro que vier. Porque na hora do socorro é assim. Até o Bombeiro aciona... (Diálogo entre entrevistadora e participantes do Grupo Focal EN)

M: Se a pessoa dá uma surtada, começando a ficar enlouquecida, precisa de atendimento na saúde mental? Quem é que vocês buscam?

F: Eu procuro a Redes. A Redes é cheia de assistente social, psiquiatra, psicólogo.

F2: Eu procurava também. O Espaço. Meu amigo está assim, tem como vir aqui? Procurava primeiro o Espaço Normal para eles me dar instrução do que eu poderia fazer. (Diálogo entre entrevistadora e participantes do Grupo Focal EN)

As barreiras do acesso aos serviços de Saúde principalmente encontradas e relatadas pelos usuários vão desde dificuldades relacionadas a limites de circulação (19,3% dos entrevistados têm medo frequente [muitas vezes ou sempre] de circular na Maré, para 11,5% da população da Maré) até problemas no próprio atendimento e na relação dos usuários com as equipes dos serviços.

A equipe do Espaço Normal acaba se inserindo entre os usuários e os serviços, mediando esta relação, potencializando o cuidado, ampliando as possibilidades de diálogo e a própria efetividade dos atendimentos.

Eu tive que ir com uma das pessoas do Espaço, que era a XX. na época, responsável de atendimento para eu conseguir o atendimento. Quando eu fui sozinho, o que eles falaram para mim? Você mora onde?" (...) Aí a mulher: Teu posto não é aqui. Voltei para a XX de novo. Eu consegui atendimento. Então, muitas das coisas que são proporcionadas para nós são devidas a esses espaços que são criados dentro da favela, porque se não tivesse, não teria essa comunicação toda. (L., morador da Maré, ex-morador da FF500)

Uma vez, eu estava passando bastante mal do estômago - inclusive, nesse dia, eu estava no Espaço Normal, onde estava não só vomitando, mas com uma infecção no estômago, uma bactéria no estômago, porque comi algo... já estava pra lá de Bagdá. Então, eu vomitei tudinho, a XX. foi e falou: Vamos lá no... Eu estava no Espaço Normal, ela me levou lá na clínica aqui dentro. Quando chegou na clínica, a menina perguntou para ela: Você mora onde? Eu falei para ela: Eu vivo em situação de rua. E o teu documento? Eu falei... inclusive, na época, eu estava possuindo a identidade. Ela falou: Meu filho, tua clínica não é aqui, tua clínica é lá em Jacarepaguá. Aí eu falei: Minha senhora, eu vivo em situação de rua, eu preciso ser atendido. Mas com muito custo que a XX. foi e aí conseguiu quebrar aquela barreira, mas se não, se fosse eu sozinho, de cara, não ia... ou com uma carta de referência. Um exemplo: a XX é assistente social do Espaço Normal, ela mandou uma carta de referência para eu ir na clínica tal, aí nós somos atendidos sozinhos, ou com profissional da Rede que está acostumado a acompanhar a gente da cena. Só assim que somos atendidos. Isso aí é real. (L., morador da Maré, ex-morador da FF500)

Além disso, tal como para a população da Maré, via de regra, os confrontos armados e as operações policiais são um obstáculo concreto entre os serviços e tratamentos de saúde e os usuários.

F1: Já deixou de acessar algum tipo de serviço de Saúde ou de Assistência por conta de confronto?

F2: Sim, (...) da família, não funciona bem, nem antes e nem depois de operação. Quando tem operação mesmo, se estiver marcado compromisso nesses lugares, não acontece.

F1: Já perdeu algum tipo de consulta?

F2: Eu perdi uma cirurgia.

F1: Cirurgia de quê?

F2: De varizes.

F1: E já estava tudo marcado? Tudo pronto?

F2: A agente comunitária tinha que vir para me trazer os papéis, me indicar onde ir e tudo, para resolver e não foi resolvido. Quando ela trouxe já havia passado o encontro com o médico.

F1: E o que aconteceu?

F2: Foi remarcado para outro dia que ainda tem que esperar a fila de meses, sempre tem um processo maior para poder chegar no hospital, se eles não operam. Preciso da resposta e do diagnóstico, aí eu vou para um hospital maior.

F1: Entendi, então está esperando agora e você deixou de ir nessa consulta, porque estava tendo uma operação?

F2: Foi, foi no dia da operação, acho que foi em um dia 19, no ano passado.

F1: E foi operação com a Polícia?

F2: Com a Polícia, com helicóptero, parou tudo. Foi do Parque União até o Conjunto Esperança.

F1: E o médico não veio?

F2: O médico era no centro, não dava para sair e entrar... (Diálogo entre entrevistadora e C., mulher trans, moradora da Maré)

Todavia, é importante lembrarmos que, apesar das críticas e problemas de atendimento da população específica datarem de períodos anteriores aos relatos aqui expostos, nos anos de 2018 e 2019, durante o mandato do prefeito Marcelo Crivella, o Rio de Janeiro sofreu um processo de desmantelamento das equipes e serviços do SUS. Esse processo se deu tanto no campo da Atenção Básica quanto no campo específico da Saúde Mental, até como parte da controvérsia existente entre comunidades terapêuticas, de cunho religioso e que colocam a abstinência como premissa obrigatória e fundamental do tratamento, com a rede de atenção psicossocial e seus dispositivos, que adotam a redução de danos como foco central e estratégia primordial de trabalho.

Assim, durante os anos de 2018 e 2019, muitas medidas administrativas e escolhas políticas foram tomadas pelo Poder Executivo municipal, produzindo cortes de recursos e investimentos relacionados ao orçamento público da cidade destinado à Saúde, levando literalmente a um desmonte do setor. Esse desmonte envolveu a demissão de mais 5 mil profissionais de Saúde,

principalmente nas Zonas Norte e Oeste; a extinção de equipes inteiras de NASF; ameaças constantes de demissão e insegurança acerca da manutenção dos serviços e equipes técnicas; atrasos constantes no repasse das verbas destinadas para as Organizações Sociais de Saúde (OSS) responsáveis pela gestão e administração dos equipamentos, resultando em sucessivos atrasos no pagamento de salários das equipes, falta de medicamentos e insumos básicos, como alimentação e materiais de limpeza.

Dessa maneira, os serviços públicos passaram a funcionar de forma extremamente precária, sem oferecer condições mínimas de trabalho e higiene, impossibilitando a prestação de um atendimento digno aos usuários.

Tal situação fica evidenciada nos relatos a seguir, retirados de entrevistas com profissionais de Saúde que atendem esta população específica de usuários regulares das cenas de consumo de *crack* e outras drogas, assim como a população da Maré.

A equipe do NASF foi retirada de uma hora para a outra do território. [...] Literalmente foi de uma hora para a outra. Então assim, ficaram muito desassistida essas duas áreas. (N., profissional de saúde; entrevista semiestruturada)

No ano de 2019, a gente teve um desafio importante no que diz respeito ao matriciamento. No processo de 2018 para 2019, a gente teve um desmonte dos Núcleos de Apoio e suporte à Atenção Básica de Saúde, em atenção primária, e aí os NASFs foram removidos dos territórios, o que deixa o CAPS – qualquer tipo de CAPS – com uma sobrecarga grande dos trabalhos, porque tem muitos casos que não eram para estar no CAPS, mas que chegam nos CAPS [...] 2019 foi um ano muito difícil, porque a gente perdeu esses profissionais. Esses profissionais, hoje, são redimensionados, não estão em todo o território, não cobrem toda a região da Maré, por exemplo, que é a região onde eu trabalho, e isso é muito grave, porque a gente perde uma dimensão de um trabalho territorial que é super importante [...] na contramão disso, as equipes dos CAPS ficam sobrecarregadas e tendo que estar muito mais no território também. (G., profissional de saúde; entrevista semiestruturada)

Desse modo, ainda que com pesos diferentes e diante de contextos históricos e sociais distintos, a dinâmica da *violência armada*, a precarização dos serviços, os processos de estigmatização e preconceitos relacionados ao público concorrem para dificultar ainda mais o cuidado em saúde, a proteção social e a vida das pessoas. Todo esse quadro constitui-se, portanto, em um desafio permanente para as equipes técnicas dos serviços, para as organizações da sociedade civil e para o poder público, na gestão de serviços, formulação de políticas públicas e ampliação do diálogo e da articulação intersetorial e comunitária voltadas para a garantia de direitos desta população específica.

2.7 O CUIDADO COMUNITÁRIO E A REDUÇÃO DE DANOS NA CONSTRUÇÃO DE NOVOS CAMINHOS E PRÁTICAS

O material qualitativo da pesquisa trouxe uma série de depoimentos e relatos que apresentavam alguns percursos e formas como alguns usuários conseguiram reduzir o consumo, ingressar em atividades de trabalho regular e até adquirir uma moradia, saindo da situação de rua. Estes percursos se imbricam fundamentalmente com ações e oportunidades abertas pela rede de cuidado comunitário e trabalho de redução de danos desenvolvido por equipes de serviços públicos e organizações da sociedade civil presentes no território da Maré e voltadas para esta população específica.

Em decorrência da pandemia da COVID-19, o trabalho de coleta do material qualitativo foi majoritariamente feito de forma remota, por meio de entrevistas realizadas por uma plataforma de reuniões e conferências *on-line* e grupos focais presenciais, mediante procedimentos rígidos de seleção, distanciamento, escolha de local devidamente higienizado, além das medidas individuais de proteção contra o contágio e a transmissão do coronavírus, seguindo todos os protocolos.

Dessa forma, esse trabalho ficou limitado a entrevistas e grupos focais com usuários e profissionais que tivessem disponibilidade de tempo, possibilidade do acesso à internet e de um espaço onde pudessem ser entrevistados com privacidade e atenção. Nesse contexto, as entrevistas foram feitas com usuários e profissionais que tinham um vínculo anterior com a Redes da Maré, até para aceitar fazer uma entrevista num período especialmente difícil e extenuante na rotina de trabalhadores da Saúde e da Assistência Social. Esse viés inevitavelmente acabou modulando, de certo modo, o material reunido, incidindo em maior destaque e ênfase nos relatos para as ações do *Espaço Normal* em relação a outras instituições e serviços que compõem a rede de apoio local.

Todavia, apesar dessa característica conferida ao material juntado, foram reunidos relatos importantes e de abrangência analítica mais ampla, descortinando aspectos fundamentais do processo de redução de danos e reinserção social que, em regra, é proposto e desenvolvido por esta rede de apoio local.

Uma das dimensões mais importantes neste processo diz respeito ao modo como os usuários geram renda e lidam com o trabalho. De maneira geral, as pessoas em situação de rua desenvolvem atividades laborais compatíveis às suas condições de vida. O uso regular e prejudicial de drogas dificulta a relação com o mundo do trabalho formal, suas normas disciplinares de horário, pontualidade e produtividade. O que acontece, na maioria das vezes, é que as pessoas acabam se vinculando a atividades pontuais, os chamados *bicos* e/ou rotinas relacionadas com a catação e venda de materiais recicláveis para ferros-velhos e depósitos de coleta de materiais específicos, usualmente denominadas de *garimpo*.

Eu fiquei um longo período, assim, nesse uso e exatamente era uso muito abusivo, porque realmente às vezes a gente usava e só parava quando o corpo já não aguentava mais; isso foi um período que realmente marcou na minha vida durante esse período do uso de drogas. (...) Aí um trabalho de carteira assinada que você vai tentar, você não consegue, você é excluído, entendeu? Então os únicos trabalhos eram esses mesmos que eu sempre falei de fazer um bico ali de ajudante de pedreiro, ajudante de pintor, em casa de material de construção, retirada de entulho, limpeza galpão, então isso foi a rotina diária de um bom tempo, marcou na minha vida (P., morador da Maré, ex-frequentedor da cena da Flávia Farnese/29 de Julho)

Quanto maior o tempo de permanência nas ruas e fazendo uso prejudicial de crack, álcool e outras drogas, mais difícil fica a chance de reestruturar seus hábitos e cotidiano, a fim de desenvolver uma relação mais duradoura e estável de trabalho. É preciso, segundo o relato a seguir, de um tempo de preparação, não necessariamente com formação profissional, mas com a criação de rotinas e compromissos com horários, algum controle sobre o uso de drogas e cuidado de si, para que a capacidade laboral possa ser efetivamente desenvolvida e realizada.

E: O que é preciso pra que outras pessoas da cena consigam trabalhar?

P: Chegar a esse ponto, pra mim, eu tive que me preparar primeiro.

E: E como você se preparou?

P: Eu comecei a me preparar, assim, começando a diminuir de usar e a dormir mais.

E: Quanto tempo de preparação?

P: Foi em torno de um mês. Eles sempre iam lá pra proporcionar, tipo, um passeio, um passeio cultural, um cinema, uma praia, um museu, uma peça de teatro. Até a gente foi numa peça maneira pra caramba, da X., do CAPS. Ela deu bolo e tudo pra gente.

E: Mas pra estimular para o trabalho, é importante ter atividades?

P: É, ter atividades, que aí eles vão focando. Porque aí, ao aparecer uma vaga ou oportunidade, eles vão estar mais preparados. (...) Minha parte de preparação foi essa, eu mesmo me preparando e participando das coisas. (P., morador da Maré)

No mesmo relato, mais adiante, o depoente chama a atenção para outros aspectos, como a importância de se desenvolver maior cuidado relativo à higiene, aparência e asseio pessoal, além de indicar, ainda que em linhas gerais, como uma moradia faz falta no sentido tanto da higiene quanto de proporcionar conforto e descanso necessários para o dia a dia.

Nesse aspecto, uma moradia digna produz efeitos objetivos, nas condições de asseio e aparência, mas também subjetivos, na imagem que a pessoa tem de si e no modo como se relaciona com o mundo, incidindo fortemente em sua autoestima, bem-estar e sociabilidade.

E. Ter uma casa faz diferença?

P. Faz, porque muitos têm que se abrigar em qualquer lugarzinho assim. E nem são adequados. Quem não tem lugar pede o barraco emprestado, mas sempre em troca de alguma coisa, nada lá é de graça. (...) E outra coisa foi em relação à higiene, higiene pessoal. Eu já fiquei com a barba grande, cabelo grande. Mas minha higiene pessoal eu fazia. Todo dia tomar banho, etc. Minha companheira mesmo sempre reclamava, eu tomava vários banhos por dia. As outras pessoas não faziam, não. (P., morador da Maré)

Eu vivia na rua, vivia em situação de rua, o que vai me proporcionar coisas de me deixar bem é estar dentro do meu lar. Mas não tem coisa melhor, até em conta que eu não tinha... vivia à margem da Brasil, vivia na cena lá 29, vivia na cena do Parque União, eu sou da cena também do outro lado da [Avenida] Brasil, era um andarilho. (L., Grupo Focal EN)

As iniciativas filantrópicas religiosas e mesmo, simplesmente, a fé e a religiosidade são elementos de grande relevância neste contexto específico, sendo um dos caminhos de recuperação mais comuns buscados pelos usuários regulares e frequentadores das cenas de consumo da Maré. Apesar dos inúmeros problemas e questões relacionadas ao funcionamento das comunidades terapêuticas e centros de recuperação de cunho religioso, estas instituições acabam sendo uma possibilidade de tratamento e cuidado muito conhecida e difundida entre este público específico.

Muitos que saíram foi na parte religiosa. Eu não fui, porque eu botei na minha mente que centro de recuperação é pra quem tá doente. Eu não tô doente, só tava usando uma droga que tá me prejudicando, prejudicando que eu tenha acessos a espaços na sociedade. Mas hoje em dia eu tenho acesso, porque as pessoas me veem diferente. Antes as pessoas nem falavam comigo quando eu passava, hoje em dia tá todo mundo falando. Outro dia um pastor de uma Igreja ali atrás da cena me viu trabalhando e falou “bom te ver, continua assim, hein?” Eu me senti como? Glorioso. Porque antes as pessoas sempre achavam que você tava no lugar errado. Quando as pessoas te olham diferente é gratificante. Isso ajuda na autoestima. (P., morador da Maré)

Existem ainda críticas a certos equipamentos e serviços, pela fragmentação, limites de funcionamento e/ou até falta de conhecimento e divulgação apropriada das ofertas e ações mais amplas, desenvolvidas em cada política pública, além de outras possibilidades de encaminhamento e articulação intersetorial.

Tipo assim antes de ir para a rua eu não sabia que existia abrigo, eu ficava: Nossa, quanta gente na rua, mendigo, não sei o quê. Quando eu conheci o abrigo eu falei: Por que que tem tanta gente na rua se existe o abrigo? Mas o abrigo não tem recurso. Ele não te oferece uma carta de emprego. Ele não te oferece um curso. E eu posso falar para a senhora, eu vivi melhor, eu fiquei sete meses no abrigo, eu vivi melhor debaixo do viaduto. Eu comia, eu bebia, eu fazia a minha comida, eu garimpava, trabalhei nos quiosques, na peixaria. Eu vivia melhor que ali no abrigo. Então hoje por um lado eu entendo por que muitos preferem estar na rua. Sobrevive, porque no mundo de hoje como está, a dificuldade, a gente não está vivendo, a gente está sobrevivendo. Certo? Porque as dificuldades são grandes. (L., moradora da Maré, frequentadora do EN)

A articulação intersetorial e uma boa comunicação das iniciativas, convênios e parcerias entre diferentes campos de planejamento e execução das políticas públicas são fundamentais para a atenção integral destes cidadãos, possibilitando avanços significativos para a reinserção no mercado de trabalho e para o próprio acesso aos benefícios e oportunidades a que têm direito.

O relato a seguir ilustra o alcance do diálogo e da articulação entre diferentes serviços e organizações. Neste caso, a retirada de documentação é resultado de uma articulação entre o *Espaço Normal*, organização da sociedade civil, com o Centro POP José Saramago, equipamento da política de Assistência Social, que disponibiliza transporte e acompanha os usuários até uma agência do Detran, cujo atendimento da população em situação de rua foi incorporado à sua rotina, a partir de uma parceria com a Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro.

A X. tirou a identidade dela [...] Cinco anos que o projeto a acompanha e que ela não conseguia dar esse passo por milhões de medo, e aí essa semana o Detran abriu, ela. pegou os documentos, XX. foi com ela e semana que vem ela vai ter a identidade dela. Eu acho que foram várias coisas positivas que

não são a situação da pandemia em si, acho que são os frutos do nosso trabalho em termos de vínculo, de acompanhamento, de cuidado. (L., Redes da Maré; entrevista)

Nesse sentido, organizações como o *Espaço Normal*, o CAPSad Miriam Makeba, a UAA Metamorfose Ambulante e o Centro POP José Saramago investem em iniciativas de geração de renda, que incluem usuários e frequentadores das cenas, dentro dos limites organizacionais e institucionais, e segundo os desejos e potencialidades percebidas pelas equipes e/ou expressas pelos próprios usuários.

L: Eu trabalho no jornal, na distribuição, também consigo hoje fazer uma articulação de território muito maneira pelo vínculo que eu tenho com as pessoas que estão na comunidade; hoje eu posso falar que me tornei visível dentro da favela, muito mais do que quando estava visível, porque era forçado, me entende?

E: Então você hoje sente que as pessoas te reconhecem, te respeitam, é isso que você quer dizer?

L: Isso. De uma forma melhor.

E: Entendi.

L: Sem ter que estar com um fuzil, com alguma coisa, para as pessoas te darem ouvido. (Diálogo entre entrevistadora e L., morador da Maré, ex-morador da FF500, Grupo Focal EN)

Esta frente de trabalho acaba despertando a atenção e o interesse dos demais usuários, dentro das suas possibilidades individuais e momentos de vida, significando uma esperança concreta de transformação, crescimento

e desenvolvimento pessoal e comunitário. Acaba sendo um fator determinante para a manutenção e a ampliação do processo de redução de danos e reinserção social.

Ninguém me respeitava, hoje em dia todo mundo já me vê totalmente diferente, entendeu? E já com respeito, entendeu? Aí o que é que acontece [...] o meu trabalho... veio em função de outras coisas que começaram a me despertar do que, sobre tipo assim: o meu interesse aos estudos novamente, entendeu? Foi lá atrás em 2018 que eu comecei... (P., Redes da Maré; entrevista semiestruturada)

E mostrando para eles que nem todos que estão em situação de rua são o que os olhos deles veem, só falta o quê? Uma oportunidade, entendeu? Que muitos não dão, não oferecem, que são coisas que o Espaço Normal, o projeto da Redes está tentando fazer, entendeu? Aí o que é que acontece, rolou essas atividades todas, eles faziam muito essas atividades e tipo assim, o período que eu já estava, tipo muito tempo na rua (P., morador da Maré, ex-frequentador da cena da Flávia Farnese/29 de Julho)

Todo o processo obedece tanto ao momento de cada usuário individualmente quanto ao próprio modo como os serviços e iniciativas se organizam de modo a oferecer atividades e ações que estejam de acordo com os anseios e necessidades das pessoas. Não existe uma forma rígida de funcionamento e inserção nas atividades. É preciso disponibilizar muito tempo de escuta e diálogo constante com o público atendido, além de flexibilidade e capacidade de articulação e modulação da rotina institucional, de modo a dar respostas a estes processos de maneira coletiva, sem que se perca o tempo lógico de cada caso em particular.

Acho que o caso do X., com certeza, para a gente é um caso muito emblemático. Uma coisa que a gente acompanhava no Espaço Normal há um tempão, que a gente claramente via que ele tinha muitos potenciais, uma capacidade comunicativa incrível, mas dificuldade de organizar, estabilizar, e aí com a campanha ele se envolveu, alugou um quarto. Agora está rolando uma mobilização para equipar o lugar que ele alugou, todo mundo comprando coisas. Ele dedicado, trabalha lá todo dia, de 8 a sei lá que horas. [...] Ele tem uma relação de afeto com a gente e de vínculo, de vir trocar uma ideia e está passando pelos seus altos e baixos dessa mudança na vida assim, e eu acho que a gente segue sendo essa referência. (L., Redes da Maré; entrevista)

Uma vez iniciado o processo, é preciso manter o acompanhamento e estimular ainda mais a construção de novos caminhos, novos desafios e metas, ampliando a autonomia, sem perder o vínculo e a relação de apoio e confiança.

E: E nessa experiência de agora, o que tá te mantendo firme?

P: O que me mantém firme é a vontade de mudar e de não fazer mais a minha família sofrer, minha mãe, meus irmãos. Eu tô morando com a minha mãe, eu via ela muito cabisbaixa, sem vontade de me ver. Aí eu botei na minha mente, poxa, que eu estando nessa vida, eu não tô só me fazendo sofrer, tô fazendo a minha família sofrer também.

E: E o que você deseja fazer nos próximos meses?

P: Eu desejo continuar firme aqui no projeto, me aprofundando nos meus objetivos, e aproveitar todas as oportunidades que eu puder. Não só ficar no que eu comecei, mas progredir, subir, trabalhar em outra função, aprender outras funções, me profissionalizar. (Entrevista com P., morador da Maré, ex-frequentador da cena da Flávia Farnese/29 de Julho)

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pudemos perceber ao longo deste artigo, o perfil sociodemográfico e algumas características gerais da população estudada não diferem muito, pelo contrário, se aproximam bastante das verificadas por estudos anteriores, em diferentes níveis, sejam de âmbito nacional, regional ou mesmo com grupos populacionais de usuários de *crack*, álcool e outras drogas que frequentavam algumas das cenas existentes na Maré.

É importante ressaltar que cada cena, em particular, possui características próprias, moduladas tanto por sua localização geográfica como por seus modos de fixação e articulação com o território, incidindo na distribuição entre gêneros, nas formas de presentificação nas cenas, como morador e/ou frequentador esporádico ou assíduo. As próprias atividades de geração de renda vão ter contornos distintos para quem mora ou frequenta prioritariamente uma cena localizada no interior de uma comunidade ou dos que se encontram nos agrupamentos localizados ao longo da Avenida Brasil, no entorno das favelas da Maré.

Não obstante as diferenças e distinções, de modo genérico, o perfil corresponde aos demais levantamentos e pesquisas realizadas e indicadas no texto: perfis associados a situações de extrema pobreza e vulnerabilidade social, produzindo e intensificando relações sociais marcadas pelo preconceito, discriminação e violência.

Entretanto, a possibilidade de comparação entre uma população específica e a população da Maré, a partir da análise de alguns resultados alcançados pelo levantamento quantitativo (advindo dos questionários), em diálogo com o material qualitativo (obtido pelas entrevistas e grupos focais), nos permitiu perceber determinadas nuances e expressões de como se dá a relação entre os grupos, o território, suas formas de regulação social e a dinâmica de *violência armada* ali presentes.

Um dos aspectos diz respeito, especialmente, ao modo como os resultados relativos aos moradores e/ou frequentadores das cenas de consumo de *crack*, álcool e outras drogas no que se refere ao medo e à sensação de insegurança, se aproximam da amostra domiciliar de moradores da Maré, em geral. Esta aproximação, em linhas gerais, indica uma mesma experiência subjetiva de medo e insegurança produzida pela presença de grupos armados e da possibilidade de eclosão de confrontos entre facções rivais, além do risco permanente da realização de operações policiais usualmente caracterizadas por uma lógica bélica, violenta.

A tensão gerada por estes fatores aproxima a percepção dos riscos reais que se apresentam no território estudado, desfazendo certas rotulações e estereótipos imputados a essa população específica de usuários regulares e frequentadores de cenas de consumo de *crack* e outras drogas. A suposta irracionalidade ou estupefação causadas pelo uso dessas substâncias nos indivíduos, que concorrem para a alcunha nada honrosa de *zumbis* – desprovidos de razão e sensatez, incapazes do desenvolvimento de um julgamento racional sobre a realidade – é erodida, enfraquecida e, de certo modo, até desfeita, diante das experiências e percepções relatadas. O risco é real e atinge a todos os que habitam estes territórios.

A pressão e a opressão exercidas pelos grupos armados e Forças de Segurança, além do conjunto mais amplo de efeitos da *violência armada* no espaço público, portanto, afetam ambos os grupos populacionais, ainda que em níveis distintos, com modos e expressões diferentes em suas intensidades, justificativas e repetições. O medo e a insegurança aparecem, menos como uma forma de ideação paranoide produzida pelo efeito da droga ou sintomas patológicos, mas antes como formas de atenção redobrada e precaução, o que denota ou indica, inclusive, a nosso ver, um sinal de saúde mental e julgamento racional da realidade.

Do mesmo modo, a percepção dos riscos existentes na circulação entre favelas diferentes, ocupadas por outros grupos armados, demonstra ora uma

regra de comportamento no interior das favelas, ora a noção das fronteiras entre o território onde sua presença é permitida e/ou tolerada e as consequências decorrentes do desrespeito ou extrapolação dos limites impostos.

A comercialização do *crack* é realizada, ao menos na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, exclusivamente pela facção criminosa denominada *Comando Vermelho*. As demais facções não permitem seu uso e/ou venda nos territórios onde exercem suas atividades, regulação e controle social. Esta restrição acaba por produzir uma identificação de grupos de usuários de drogas com esta facção específica, tanto internamente quanto na sua relação com os demais integrantes de grupos armados e outras facções. Tal vinculação acaba, também, por impor limites de circulação, barreiras de acesso aos serviços e influem diretamente na exposição e na vitimização da *violência armada* expressas por este grupo específico.

No que corresponde, particularmente, às barreiras de acesso apresentadas pelos entrevistados e verificadas no *Survey*, percebemos uma dificuldade inerente aos serviços de Saúde, apesar de sua territorialização, acerca do atendimento das pessoas que habitam e estabelecem suas moradias nas cenas de consumo de *crack* e outras drogas, além dos próprios frequentadores, quando buscam atendimento nos equipamentos locais. Um dos grandes empecilhos vem, justamente, do medo expresso por muitos usuários em serem levados à Unidade de Pronto Atendimento – UPA, localizada na favela da Vila do João, por exemplo, por se tratar de um território dominado por uma facção rival ao *Comando Vermelho*.

Além disso, o preconceito com pessoas em situação de rua e a incompreensão da lógica de portas abertas dos serviços de Atenção Básica dificultam, historicamente, a relação dos usuários com as equipes técnicas dos serviços. Esta dificuldade acaba por produzir percursos indiretos de atendimento, necessitando de contato e encaminhamentos realizados por serviços de saúde mental especializados, instituições de proteção e assistência social voltados para esse público específico, além de organizações da sociedade civil que

procuram agilizar e mediar a relação entre os serviços existentes e as demandas da população local.

Todo esse quadro foi ainda agravado em decorrência da crise dos serviços de Saúde vivenciada durante a administração do prefeito Marcelo Crivella, como afirmamos, com o sucateamento de equipamentos, a demissão e redução de equipes técnicas, o atraso recorrente no pagamento de salários dos trabalhadores da Saúde e o próprio fechamento de serviços especializados. Esse panorama produziu uma redução drástica da capacidade de atendimento dos serviços e a sobrecarga dos profissionais, potencializando os problemas usuais e criando dificuldades e tensionamentos para as equipes responsáveis pelos serviços em sua relação com o público atendido.

A Estratégia Saúde da Família esteve ameaçada de ser desmantelada, com a concentração das demissões nas equipes e na redução dos Agentes Comunitários de Saúde, NASFs e profissionais de Saúde bucal. Além de aumentar ainda mais a demanda sobre cada equipe, houve uma reorientação de praticamente todo o alcance dos serviços, reduzindo a capacidade de realização de procedimentos, como visitas domiciliares, atenção psicossocial e do próprio atendimento a moradores que apresentam dificuldades de locomoção e de acesso aos equipamentos disponíveis. Desse modo, reduziu-se notadamente a capacidade de prevenção de agravos, acompanhamento de doenças crônicas, como diabetes, tuberculose e sífilis, e mesmo da verificação, atenção e cuidado de transtornos psíquicos, como depressão, crises de pânico e ansiedade, que afetam diretamente a capacidade de circulação e mobilidade das pessoas – isso sem falar de populações marginalizadas e estigmatizadas, como usuários de *crack*, álcool e outras drogas, população em situação de rua, entre outros segmentos.

Nesse sentido, o *Espaço Normal* se apresentou como uma instituição capaz de movimentar as engrenagens e ajudar na superação de algumas limitações do atendimento dos usuários e frequentadores das cenas de consumo de *crack* e outras drogas, dado pela capilaridade territorial conquistada, se firmando como uma referência para esse público específico, seus

familiares e as equipes técnicas de serviços de Saúde e Assistência Social atuantes no território da Maré, além da própria liberdade de estabelecer um diálogo institucional e parcerias com outras organizações não governamentais e demais setores do poder público e da sociedade civil.

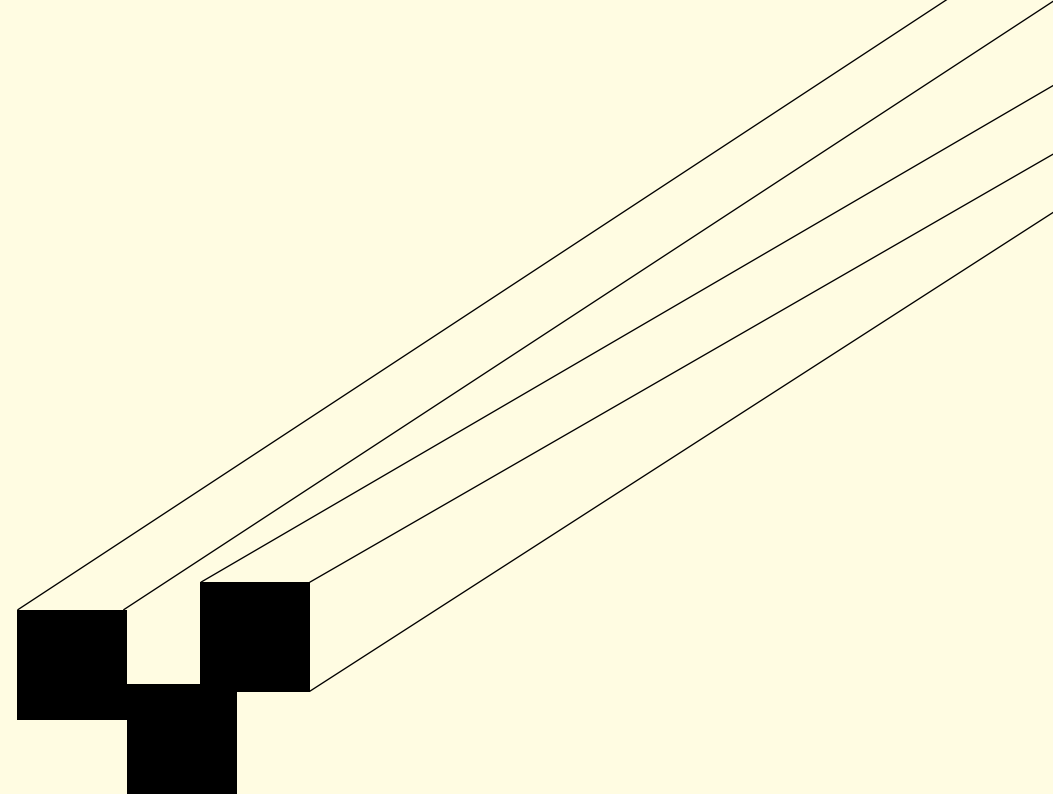
O aprofundamento e a legitimação do papel do *Espaço Normal* e da Redes da Maré como parceiro estratégico fundamental se expressam tanto pelo reconhecimento dado pelos profissionais de Saúde entrevistados, quanto nos relatos dos usuários e nas trajetórias de superação da situação de rua, da ampliação dos efeitos e premissas da redução de danos nas vidas das pessoas atendidas, na consolidação do vínculo institucional, no ingresso em atividades de trabalho e geração de renda, maior adesão aos tratamentos e benefícios proporcionados pelos serviços de Saúde e de Assistência Social, dentre outros efeitos.

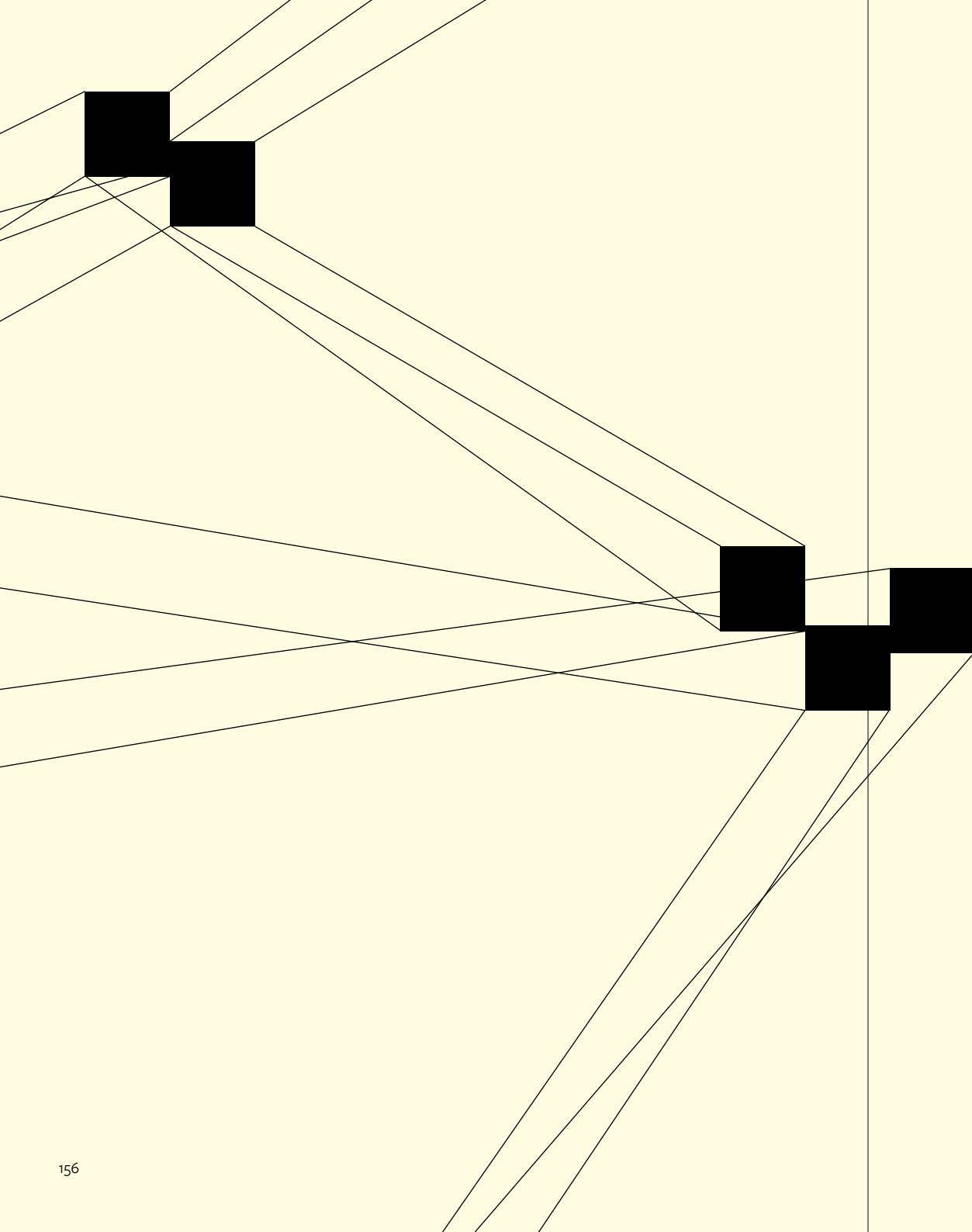
Além disso, a própria pesquisa se apresentou como um instrumento de aproximação, criação de vínculos e aprofundamento do trabalho terapêutico e do papel político de mediação entre os serviços e os usuários de drogas das cenas, visto que o processo de mobilização e a aplicação dos questionários, de conteúdo extenso e complexo, possibilitaram ampliar o conhecimento acerca da instituição para esse grupo, além de propiciar momentos de escuta e diálogo inéditos com alguns desses sujeitos, mesmo entre alguns indivíduos já conhecidos. Abria-se, assim, uma oportunidade singular de superação do que a equipe denominou como uma *invisibilidade estratégica*, prática ou postura comum nas ruas e cenas de consumo desenvolvida e performada como recurso de sobrevivência e autopreservação, diante das tensões, opressões e riscos decorrentes do uso e vivência nesses locais.

Antes e depois da aplicação dos instrumentos de pesquisa, os entrevistados tinham a possibilidade de tomar banho, ver televisão, fazer um lanche e dialogar com integrantes da equipe técnica que apresentavam o espaço, suas atividades e modos de funcionamento e ouviam atentamente as queixas, histórias de vida, desejos e efeitos da entrevista sobre as pessoas.

O processo possibilitou, portanto, a potencialização dos vínculos e mesmo da inserção desses sujeitos em redes de cuidado comunitário e proteção social, aprofundando laços, intensificando interações terapêuticas e o próprio conhecimento do cotidiano, das adversidades e dos efeitos perversos da *violência armada* sobre esses espaços e seus frequentadores.

Esperamos, por fim, que este artigo tenha cumprido o papel de contribuir na divulgação dos resultados e na produção de conhecimento, suscitando novas questões e problematizações no campo da atenção psicossocial e do cuidado de usuários e frequentadores das cenas de consumo existentes na Maré, em particular, na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, na maior parte dos casos, e no Brasil, como um todo.





FREQUENTADORES DE CENAS DE USO DE DROGAS - VIOLÊNCIA, SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA⁴⁴

— Marcelo Santos Cruz

Karla Amado

Ana Carolina Robbe Mathias

Eduardo Ribeiro

⁴⁴ Agradecimentos: Contribuíram de forma determinante para o estudo: Maurício Leta Cunha, Carolina Costa, Maíra Gabriel, Luna Arouca e Rodrigo Nascimento, os entrevistadores e demais participantes da pesquisa.

1. INTRODUÇÃO

Grandes contingentes da população brasileira vivem em situação de grave vulnerabilidade social, sujeitos às condições mais adversas, e sem contar com recursos próprios nem com apoio do Estado. Entre os grupos mais vulneráveis se encontram as pessoas que frequentam as cenas de uso de drogas que existem nos centros urbanos. Estes grupos sofrem de uma dupla vulnerabilidade: vivem em situação de rua e usam drogas. Embora nem todos os que frequentam as cenas de uso utilizem drogas, nem todos os que usam drogas vivam em situação de rua, mas com grande frequência estas duas condições se sobrepõem.

No Brasil, o crescimento do consumo do *crack* a partir da década de 1990 se tornou mais um elemento das condições, já anteriormente muito desfavoráveis, de grupos populacionais em situação de extrema vulnerabilidade. Entre os usuários de *crack*, aqueles que vivem em situação de rua têm ainda piores condições. Em comparação com os usuários de *crack* que não vivem em situação de rua, os que já estiveram nesta condição apresentam piores indicadores no que se refere a problemas com o álcool, problemas médicos, trabalho e suporte social, problemas legais, violência, abuso sexual, risco de suicídio, HIV/AIDS, hepatites, tuberculose e menos renda para pagar as necessidades básicas (HALPERN *et al.*, 2017). Segundo esses autores, era mais frequente entre os usuários de *crack*, que viviam em situação de rua, não possuir renda suficiente para pagar as necessidades básicas, apresentar sintomas depressivos e ter sido preso por roubo (HALPERN *et al.*, 2017).

Entre os fatores agravantes da situação de pessoas que frequentam as cenas de uso de drogas está a dificuldade de acesso a recursos e serviços sociais e de saúde. Em um estudo realizado com usuários de *crack* contatados nas ruas do Rio/RJ e de Salvador/BA, em 2011, menos de um quarto relatava ter tido acesso a qualquer serviço no último mês, e menos de 15% informaram ter tido acesso a serviço de saúde no período. Entre as razões

para as dificuldades de acesso, os entrevistados relataram a abordagem estigmatizadora das equipes dos serviços de saúde (CRUZ *et al.*, 2013).

Com a finalidade de melhorar o acesso aos serviços sociais e de saúde da população que vive em situação de rua, o Ministério da Saúde implementou os *Consultórios na Rua* e a capacitação de equipes das unidades básicas de saúde que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (VAN WIJK; MÂNGIA, 2019).

Essas condições já foram descritas anteriormente em outros estudos publicados no Brasil, alguns deles focando cenas de uso de drogas no Rio de Janeiro, a mesma cidade onde o presente estudo foi desenvolvido. Segundo um estudo sobre a cena de uso em Manguinhos, uma favela da Zona Norte da cidade, os frequentadores vivem persistentes situações de violência física e psicológica e em péssimas condições de insalubridade. Além disso, estas áreas são descritas como marcadas pela transitoriedade devido à rotatividade de frequentadores, influência dos grupos que realizam venda de drogas no varejo e da intervenção dos agentes públicos de Segurança. Há regras impostas neste contexto que incluem a proibição da circulação, bem como a ocupação de certos espaços (COSTA; CUNHA, 2019).

No conjunto de favelas da Maré existem diferentes cenas de uso de drogas. Esses locais estão no interior ou na periferia do conjunto de favelas e, segundo estimativa de trabalhadores/as da Redes da Maré, chegam a somar cerca de 200 frequentadores. Como outras cenas de uso, são igualmente marcadas pela transitoriedade. Embora algumas pessoas vivam lá e tenham até construído moradias precárias com tábuas, panos e papelão, muitas ficam por apenas algumas horas ou menos. Como em outras cenas de uso, a exposição a situações de violência é permanente. A cena da Rua Flávia Farnese é a única que se diferencia, uma vez que, alocada em região dentro da favela da Maré, conseguiu se estabelecer como local fixo de moradia.

Na realização da pesquisa **Construindo Pontes**, percebeu-se que seria uma oportunidade desenvolver um estudo sobre os frequentadores das

cenas de uso da Maré. Este estudo possibilita levar informações sociodemográficas, condições de saúde física e mental, acesso a serviços e relatos de exposição à violência. Estas informações podem contribuir para o aperfeiçoamento de serviços sociais e de saúde para esta parcela da população e para o desenvolvimento de atividades que incrementem o poder destes grupos de lutar pelos seus direitos a melhores condições de vida, incluindo trabalho, renda, moradia, saúde, lazer e o que mais julgarem necessário.

Para a realização do trabalho foi relevante a existência do *Espaço Normal*, equipamento da Redes da Maré, uma das organizações responsáveis por esse estudo. O local é um espaço de referência para a população em situação de rua e pessoas que fazem uso de drogas, e atua na construção de pontes entre os usuários e as políticas públicas. No caso da saúde, os redutores de danos trabalham identificando as demandas de atendimento, acompanhando usuários para as unidades, apoiando na rotina das medicações e informando sobre o funcionamento das unidades de Saúde. No caso da assistência social, a equipe também trabalha com pessoas sem documentação e o encaminhamento para a retirada de documentos. Nesse sentido, o trabalho do *Espaço Normal* pode ter impacto nos resultados da pesquisa, uma vez que os entrevistados nas cenas de uso, sendo ou não frequentadores do *Espaço Normal*, têm alguma proximidade com o equipamento, suas ações e seus profissionais.

Conforme é usual em estudos quantitativos, os resultados serão apresentados em tabelas e texto descritivo após o método e discutidos na seção seguinte.

2. OBJETIVOS

O objetivo principal deste estudo é identificar de que modo as características de frequentadores das cenas de uso da Maré se associam a sua saúde mental e qualidade de vida.

Para atingir este objetivo principal, o estudo tem dois objetivos secundários:

1. Traçar o perfil das pessoas que vivem em territórios afetados pela violência da *guerra às drogas* em termos de saúde mental, padrões de uso de drogas, escolaridade, geração de renda e acesso ao social, demandas e acesso a serviços de saúde e tratamento para problemas com drogas.
2. Investigar de que forma as experiências de violência e o medo da violência se associam a maior ou menor sofrimento mental e qualidade de vida dos frequentadores das cenas de uso que vivem em contexto de violência no Complexo da Maré, Rio de Janeiro.

3. MÉTODO

Esse estudo consistiu em uma pesquisa quantitativa realizada de novembro de 2019 a fevereiro de 2020, com 200 adultos contatados nas cenas de uso de drogas existentes dentro e no entorno das favelas da Maré, no Rio de Janeiro, Brasil. O tamanho da amostra foi baseado na estimativa de trabalhadores/as da Redes da Maré de que naquele momento havia cerca de 200 adultos frequentando as cenas de uso. Todos os entrevistados tinham 18 anos ou mais de idade e assinaram termo de consentimento concordando em participar da pesquisa. Os participantes foram entrevistados no *Espaço Normal* com um questionário elaborado especificamente para o estudo. As medidas previstas e respectivos instrumentos foram:

1. Perfil sociodemográfico: idade, sexo, estado civil, maior escolaridade concluída, etnia autorreferida, ocupação, renda diária, situação de moradia (em situação de rua ou não), prática religiosa ou não, padrão do uso de drogas.

2. Perfil de saúde mental: níveis de sofrimento mental medidos pelo Índice de Gravidade Global (GSI), 53 itens do *Inventário Breve de Sintomas* (BSI) (DEROGATIS; MELISARATOS, 1983). O GSI mede o nível atual ou passado de sintomatologia. É traduzido e validado para o Português e o tempo de aplicação é de 8 a 12 minutos (CANAVARRO, 1999).

3. Qualidade de vida subjetiva, medida pelo MANSÁ - *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (PRIEBE *et al.*, 1999). O MANSÁ é um instrumento de avaliação da qualidade de vida, e inclui questões que compõem a escala SIX e questões que compõem a escala SQOL. A escala SIX investiga situações objetivas (situação de emprego, moradia, ter contato com amigos/parentes, viver só ou não) e a SQOL verifica a satisfação com diferentes dimensões da vida. A pontuação na SIX vai de 0 a 6 e a da SQOL varia de 1 a 7. Quanto maior o resultado, melhor a qualidade de vida.

4. Vivências de violência medidas: episódios de violência autorrelatados ocorridos na Maré nos últimos 12 meses e sentimentos de insegurança e medo da exposição à violência. Essa seção do questionário foi desenvolvida especificamente para o estudo, com base nos dados do Boletim *Direito à Segurança Pública na Maré 2018* (REDES DA MARÉ, 2019), e questões do *Addiction Severity Index* (KESSLER *et al.*, 2012). Mais detalhes do método do estudo podem ser encontrados em Cruz *et al.* (2020).

O estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o número CAAE: 01944918.2.0000.5263

4. RESULTADOS

O perfil dos frequentadores das cenas de uso de drogas é diferente do perfil dos participantes da pesquisa domiciliar. Os frequentadores das cenas entrevistados eram em sua maioria homens, mais jovens, com menor escolaridade e havia maior proporção de pardos e negros do que os participantes da amostra domiciliar (Tabela 1). Quase dois terços dos entrevistados relataram que tinham uma ocupação como fonte de renda, mas 40% tinham uma renda diária de R\$ 25,00 (cerca de US\$5,8) ou menos. A prática religiosa também foi menor entre a amostra de frequentadores das cenas de uso. Dos entrevistados, 23 (11,5%) afirmaram que trocaram sexo por drogas ou por dinheiro para comprar drogas nos últimos 30 dias. Quase dois quintos da amostra tiveram pelo menos um problema de saúde física e mais de um terço relatou pelo menos um problema de saúde mental nos últimos três meses. Cerca de 5% dos que referiram problemas físicos e a mesma proporção dos que tinham problemas mentais tiveram dificuldade de acesso ao tratamento de saúde devido a situações de violência na comunidade (Tabela 4). Previsivelmente, proporções altas de entrevistados relataram uso de drogas nos últimos três meses: álcool (52%), tabaco (80,5%), maconha (62%), cocaína em pó (55%), *crack* (63%) e inalantes (24,5%) (Tabela 4).

A amostra dos frequentadores das cenas de uso apresentou taxas muito maiores de sintomas de problemas mentais avaliados pelo BSI do que a amostra domiciliar. Estas taxas são maiores entre os frequentadores das cenas de uso em todas as dimensões, assim como nos índices globais. Entre os frequentadores das cenas de uso, as dimensões mais afetadas (ou seja, com maiores pontuações no BSI) foram: ideação paranoide, sensibilidade interpessoal e depressão. Os indicadores de qualidade de vida são piores entre os frequentadores das cenas de uso (SQOL = 3,52; SIX = 1,9) do que entre os entrevistados nos domicílios (SQOL = 5,03; SIX = 4,5).

As características dos frequentadores das cenas de uso que se associam a pior saúde mental (Tabela 7) foram: ser mulher, estar desempregada, sem renda diária, com prática religiosa e com maior índice de medo ou violência subjetiva. Quando realizada a análise de regressão multivariada, permanecem como características associadas a pior saúde mental, ser mulher, estar desempregada e com maior índice de medo ou violência subjetiva. No que se refere à qualidade de vida, as características que se associam são: ser de cor branca, com Ensino Fundamental incompleto, com prática religiosa e com maior índice de medo ou violência subjetiva (Tabela 8). No estudo de regressão permanecem ser de cor branca e ter maior índice de medo ou violência subjetiva como associados a pior qualidade de vida.

5. DISCUSSÃO

As informações deste estudo confirmam a gravidade da situação das pessoas que frequentam as cenas de uso de drogas. As entrevistas dos 200 frequentadores evidenciam que esta parcela da população vive em condições extremas de vulnerabilidade social, em contexto de violência impressionante, que repercute de forma marcante sobre sua saúde mental e qualidade de vida.

As entrevistas demonstram que, embora vivendo dentro do mesmo território ou em suas cercanias e, portanto, expostos a muitas situações igualmente estressantes, quando comparados com os moradores entrevistados nos domicílios, os frequentadores das cenas de uso constituem um grupo com características distintas, expostos a condições ainda mais graves e com consequências mais danosas.

Entre as características dos frequentadores das cenas de uso se destacam que este grupo é composto, principalmente, de homens jovens, pardos ou pretos, e com baixa escolaridade. Estas características sociodemográficas ocorrem de uma forma geral no Brasil entre pessoas que vivem em situação

de rua (SILVA *et al.*, 2020) e em amostras de frequentadores de cenas de uso de drogas (CRUZ *et al.*, 2014). Embora uma proporção razoável (60%) dos entrevistados no presente estudo informe estar empregado, a maior parte trabalha no dia a dia em atividades instáveis, como “garimpar”, guardar carros ou fazer outros bicos, e quase a metade tinha renda diária de R\$ 25,00 ou menos. Em uma cena de uso de *crack* em Manguinhos, outra favela do Rio de Janeiro, já foi descrito que as atividades mais comuns de trabalho dos frequentadores são catar material para vender em ferro-velho, a prostituição e os bicos (COSTA; CUNHA, 2019). Os bicos são descritos pelos entrevistados em Manguinhos como trabalhos pontuais de carregamento, capina, limpeza e outros remunerados com valores muito inferiores ao mercado. Além disso, no presente estudo, 11,5% admitiram ter trocado sexo por drogas ou dinheiro para comprar drogas nos últimos 30 dias. A troca de sexo por drogas ou dinheiro para comprá-las é descrito em outros estudos no Brasil. Segundo Bastos e Bertoni (2014), 55% das mulheres e 14,6% dos homens usuários de *crack* no Brasil relatam trabalho sexual, de modo semelhante a 27,3% de uma amostra que inclui homens e mulheres usuários de *crack* no Canadá (FISCHER *et al.*, 2006). Este dado não apenas informa sobre o risco de doenças sexualmente transmissíveis, mas sobre a precariedade de recursos, de modo geral, de que dispõe o grupo.

A precariedade da situação dos frequentadores das cenas de uso igualmente se reflete no relato de tuberculose, muito mais presente entre os frequentadores das cenas de uso do que entre os entrevistados nos domicílios. A tuberculose é uma doença contagiosa que atinge principalmente populações pobres em precárias condições de insalubridade. O levantamento sobre o perfil sociodemográfico das pessoas em situação de rua com tuberculose, no Brasil, publicado em 2019, mostra que esta doença atinge principalmente homens, negros e com baixa escolaridade, de forma semelhante ao que encontramos no presente estudo (SILVA *et al.*, 2019). Segundo os autores do levantamento, a tuberculose permanece sendo um grave problema de Saúde

Pública que atinge e agrava as condições de sobrevivência desta parcela da população (SILVA *et al.*, 2019).

As graves condições de vida dos frequentadores das cenas de uso da Maré transparecem quando os entrevistados descrevem seus problemas de saúde mental. Estes problemas surgem nas altas taxas de dimensões do BSI dos frequentadores das cenas, quando comparadas a dos entrevistados nos domicílios e com outras amostras de população geral de outros países. Estas taxas são comparáveis as de grupos que sofreram abuso policial ou tortura em outros países (Tabela 2). 60% dos frequentadores das cenas de uso relataram ter tido, pelo menos, um problema de saúde mental nos últimos três meses, contra 20% dos entrevistados nos domicílios. E os relatos de reação ao estresse e depressão foram muito mais habituais entre os frequentadores das cenas de uso (Tabela 6).

Chama-nos a atenção que a dimensão em que há maior pontuação é a ideação paranoide. No campo da saúde mental, a expressão *ideação paranoide* é utilizada para descrever pensamentos delirantes de caráter persecutório. É uma alteração do psiquismo que acontece em diferentes formas do adoecer mental, geralmente associadas a muitos outros sintomas graves de desorganização do pensamento e demais funções psíquicas. Ocorre, por exemplo, na esquizofrenia, quadros maníacos e outros. Na descrição do *Manual de Aplicação* do BSI, a descrição da dimensão é: “Esta dimensão representa o comportamento paranoide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projetivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda da autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação” (CANAVARRO, 1999, p. 306). Nesta definição, pensamento projetivo significa projetar os próprios pensamentos ou sentimentos em outras pessoas.

Assim, o fato de termos encontrado esta dimensão como a de maior pontuação entre os frequentadores das cenas de uso nos faz levantar a hipótese de que uma parcela grande deste grupo pode ser constituída por pessoas com graves transtornos mentais. Outros estudos no Brasil sobre pessoas vivendo

em situação de rua descrevem que esta parcela da população frequentemente tem transtornos mentais, problemas com álcool, *crack* e outras drogas (VAN WIJK; MÂNGIA, 2019). Em determinados contextos, como nos EUA, já foi descrito que pessoas com esquizofrenia podem representar de 30 a 50% de pessoas em situação de rua (BUCHANAN; CARPENTER, 2000), sendo altas as taxas de depressão e ansiedade (USDAN *et al.*, 2001).

Esta relação entre viver em situação de rua e apresentar transtornos mentais que se observa entre os nossos entrevistados e em outros diferentes contextos nos faz indagar se tais possíveis transtornos seriam prévios ou posteriores ao uso das drogas e da situação de rua. Estas interrogações surgem, porque se sabe que perturbações mentais podem se seguir ou preceder ao uso de drogas (BARBOSA *et al.*, 2019). Existe toda uma gama de possibilidades acerca de possíveis relações entre o uso de drogas e transtornos mentais. De modo semelhante, há diversas hipóteses sobre as relações entre transtornos mentais e viver em situação de rua. Neste caso, é difícil dizer se indivíduos que têm transtornos mentais possuem mais dificuldade de se adaptar à vida domiciliar, que inclui relações com família, trabalho regular e outras condições e, por estas dificuldades, passam a viver na rua; ou se as condições extremas da vida na rua favorecem ou agravam formas diversas do adoecer mental. A abordagem metodológica utilizada não permite investigar estas hipóteses, pois no estudo de corte transversal temos a fotografia de um momento, não sendo possível afirmar qual a relação temporal entre os sintomas relatados nas entrevistas e a história de uso de drogas ou o tempo de vivência na rua. Ou seja, o que ocorreu antes: o adoecer mental ou ir viver na rua? E mesmo que tivéssemos esta informação, não seria suficiente para afirmar que um fenômeno é causa de outro. Podem ser ambos resultados de outras condições, como a pobreza e a falta de recursos sociais e econômicos, por exemplo.

Outra possibilidade para entender a alta pontuação na dimensão *ideação paranoide* é a hipótese de que as questões do questionário não identificam um transtorno delirante do pensamento, mas lançam luz sobre um comportamento que talvez seja adaptativo à situação de rua em um contexto

de violência. Ao relermos as perguntas do BSI que compõem o escore desta dimensão, encontramos:

- Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas;
- Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas;
- Ter a impressão de que os outros o costumam observar ou falar de você;
- Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades;
- Ter a impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de você.

Podemos indagar se certo estado de alerta não é uma condição para a sobrevivência das pessoas que vivem em situação de rua, já que os frequentadores das cenas entrevistados relatam conviverem com alto nível de violência. O fato de termos encontrado uma média alta na dimensão *ideação paranoide* entre os entrevistados no levantamento domiciliar na Maré (ver Livro 1) pode reforçar a hipótese de que é um estado de constante alerta, em resposta ao contexto de violência, e não os possíveis transtornos mentais que são refletidos em respostas a perguntas do BSI.

As duas dimensões seguintes em termos de mais alta pontuação são: *sensibilidade interpessoal* e *depressão*.

A dimensão *sensibilidade interpessoal* é descrita no *Manual* do BSI como: “Esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A autodepreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais

são as manifestações características desta dimensão” (CANAVARRO, 1999, p. 306). No BSI, as perguntas que compõem o escore da dimensão *sensibilidade interpessoal* são:

- Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos;
- Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de você;
- Sentir-se inferior aos outros;
- Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.

Neste caso, pode-se supor que os sentimentos relatados pelos entrevistados podem estar relacionados à situação de vida marcada pelo estigma social, sentimentos de insegurança, ausência de apoio social e familiar. Como discutiremos adiante, estes sentimentos podem estar relacionados a diferentes determinantes contextuais, incluindo o estigma de viver na rua, o preconceito contra pessoas que usam drogas e que têm trabalho inconstante ou trabalho sexual.

A dimensão seguinte em termos de pontuação foi *depressão*. Do mesmo modo, neste aspecto, as respostas ao questionário podem expressar a consequência no psiquismo de pessoas que vivem em condições tão adversas. No caso da depressão, aos sentimentos mencionados anteriormente somam-se a desesperança e a tristeza.

Aqui destacamos apenas as três dimensões com maior pontuação entre os frequentadores das cenas de uso: *ideação paranoide*, *sensibilidade interpessoal*, *depressão*. Porém, é importante destacar que em todas as dimensões as taxas encontradas nesta amostra foram muito mais altas do que aquelas per-

cebidas nos domicílios do conjunto de favelas da Maré. De modo semelhante, é impressionante comparar os resultados encontrados entre os frequentadores das cenas de uso da Maré com os achados entre outras populações que vivem em condições de grande violência, como se pode ver na Tabela 2.

Comparando-se os resultados dos frequentadores das cenas de uso com os dados reunidos em diferentes contextos, observamos que as médias de pontuação entre os frequentadores das cenas são, de um modo geral, bastante altas. Em quase todas as dimensões, assim como no escore global (IGS), as médias dos frequentadores das cenas de uso da Maré são maiores do que os das amostras da população geral dos EUA (DEROGATIS; MELISARATOS, 1983), de Portugal (CANAVARRO, 1999), de cuidadores de pacientes cardíacos da Escócia (THOMSON *et al.*, 2020), assim como da amostra entrevistada nos domicílios da Maré. As médias em algumas pontuações chegam a ser maiores do que as de amostras de pessoas que vivem em contexto de intensa violência, como é o caso das dimensões *sensibilidade interpessoal*, *depressão* e *ideação paranoide*. Estas são superiores ou iguais a de pessoas que sofreram violência policial ou tortura no Tibet e na África, mas inferiores as de pessoas que sofreram violência no Punjab (RAGHAVAN; ROSENFELD; RASMUSSEN, 2017).

No presente estudo, a pior saúde mental foi encontrada entre as mulheres, desempregadas e com maior índice de medo ou violência subjetiva e a pior qualidade de vida entre aqueles/as de cor branca e com maior índice de medo ou violência subjetiva. Nosso estudo confirma o que foi verificado antes: a maior vulnerabilidade das mulheres (RUSSELL; VASILENKO; LANZA, 2016) e o desemprego (FRASQUILHO *et al.*, 2016) como fatores de agravamento do sofrimento mental. Por exemplo, em um estudo longitudinal nacional sobre a saúde de adolescentes e adultos jovens em Chicago/USA, a exposição à *violência armada* foi associada à depressão. A associação com depressão foi maior entre mulheres de 16 a 21 anos (RUSSELL; VASILENKO; LANZA, 2016). Chama a atenção que a exposição à violência não se associou a pior saúde mental nem pior qualidade de vida. Mas a experiência de medo

da violência se associou a pior saúde mental e qualidade de vida. Do mesmo modo, chama a atenção o fato de que pessoas brancas referirem pior qualidade de vida entre os frequentadores das cenas de uso. Pode-se interrogar se os estigmas associados ao uso de drogas e a situação de rua atingem de forma mais intensa a autoestima das pessoas acostumadas aos privilégios da cor branca na sociedade brasileira. De toda forma, não se deve esquecer que estas análises comparam subgrupos da amostra de frequentadores das cenas de uso. Quer dizer, compara pessoas com altos índices de sofrimento mental e muito baixa qualidade de vida e outras com condições ainda piores. Ou seja, a amostra entrevistada no *Espaço Normal* como um todo apresenta muito sofrimento mental (BSI) e baixa qualidade de vida (MANSA). Os resultados aqui descritos indicam que, dentro desta amostra, aqueles que têm mais medo de violência, têm ainda pior saúde mental e qualidade de vida.

Igual proporção (cerca de 40%) dos frequentadores das cenas de uso e de entrevistados nos domicílios informa ter tido problemas de saúde física nos últimos três meses. Assim, é interessante observar que cerca de 60% dos frequentadores das cenas de uso referiram não ter tido problemas de saúde, principalmente considerando-se a precariedade de recursos básicos como alimentação, moradia e higiene. As taxas dos tipos de problemas relatados são, de forma geral, mais baixas do que as relatadas pelos entrevistados nos domicílios. A exceção é o achado de oito casos (4%) de tuberculose (Tabela 5). A tuberculose é uma doença sabidamente relacionada à pobreza e desnutrição. Segundo Fontes *et al.* (2019), vem se observando um crescimento do número de casos de tuberculose no Brasil diretamente associados ao sexo masculino e baixa escolaridade, que são características da amostra de frequentadores das cenas de uso. Doenças crônicas como problemas osteoarticulares, hipertensão arterial, cardiopatia são relatadas com mais frequência entre os entrevistados nos domicílios. Mais doenças crônicas são esperadas, pois a amostra domiciliar é mais velha.

Os frequentadores recebem o apoio do *Espaço Normal* para acesso aos serviços sociais e de saúde e quase 40% deles relatam ter uma unidade

de Saúde de referência, uma proporção bem menor do que a dos domiciliados (quase 90%). Apesar disso, apenas 5% dos frequentadores das cenas de uso relataram dificuldades de acessar serviços de Saúde devido a situações de violência. O acesso dos frequentadores das cenas é surpreendente, pois a dificuldade de acesso a serviços por usuários de *crack* já havia sido documentada no Rio de Janeiro. Em estudo realizado em 2011 sobre usuários de *crack* contados nas ruas em Mangueiras, Rio de Janeiro/RJ e em Salvador/BA, apenas cerca de 10% deles relatavam ter acessado algum serviço de Saúde nos últimos 30 dias (CRUZ *et al.*, 2013). Naquele estudo, os usuários de *crack* descreviam várias barreiras de acesso, incluindo o estigma e a falta de preparo dos profissionais dos serviços para o atendimento dos usuários. Possivelmente, maior facilidade de acesso por frequentadores das cenas de uso da Maré pode indicar um resultado positivo das ações de integração na rede pública de Saúde desenvolvidas no *Espaço Normal*.

Os frequentadores das cenas de uso entrevistados relatam transtornos mentais com frequência muito maior do que o que relatam para doenças físicas. Novamente, a comparação com os entrevistados no domicílio é interessante: sete vezes mais frequentadores das cenas de uso relatam reação ao estresse do que os entrevistados nos domicílios (15% dos frequentadores das cenas de uso contra 2,1% dos domiciliados); o relato de depressão ocorreu em o dobro de frequentadores das cenas de uso (13%) do que encontramos nos domicílios.

De modo previsível, os indicadores de qualidade de vida (SIX-Mansa e SQOL-Mansa) são muito mais baixos, ou seja, a qualidade de vida relatada é bem pior entre os frequentadores das cenas de uso do que entre os moradores dos domicílios (ver Tabela 3).

No que se refere ao uso de drogas, grande proporção dos entrevistados refere uso de diferentes drogas, principalmente o tabaco, o *crack*, a maconha, a cocaína em pó e os inalantes. Silva e cols. (2020) propõem que o uso de drogas faz parte de uma cultura de resistência aos estigmas sociais. Para os

autores, o uso não é apenas uma atividade individual, mas faz parte de um esforço de socialização. Muitas possíveis relações podem existir entre o uso de drogas, os transtornos mentais e viver na rua, e diversas podem ser as motivações para o uso de drogas de cada um dos entrevistados. O uso de substâncias que modificam o psiquismo pode ser uma forma de alívio do sofrimento pelas duras condições de vida. Seja qual for a motivação, o uso de drogas pode agravar as condições já precárias de saúde física e mental, aumentar o risco de envolvimento em atividades perigosas e exposição à violência. O estigma associado ao uso de drogas tem consequências relevantes, pois impacta na relação da vizinhança e dos serviços sociais e de saúde com os usuários.

Em outro estudo realizado com usuários de *crack* contatado nas ruas de duas cidades brasileiras, o estigma associado ao uso de droga foi citado como uma das barreiras de acesso aos serviços sociais e de saúde (CRUZ, *et al.*, 2013). No Brasil, as equipes dos serviços sociais e de saúde apresentam dificuldades de oferecer e compartilhar o cuidado às pessoas em situação de rua, dificultando o atendimento (VAN WIJK; MÂNGIA, 2019). As dificuldades de manter o autocuidado, inclusive de higiene, e o uso de álcool e outras drogas são vistos como fatores que dificultam o cuidado desta parcela da população. Exigências burocráticas, como documentos de identificação, comprovante de residência, inflexibilidade de horários são outras barreiras de acesso.

No presente estudo, investigamos a dificuldade de acesso para tratamento especificamente devido a situações de violência ocorridas na Maré. Por isso, não foi possível elucidar se os entrevistados tinham ou não dificuldades de acesso devido ao estigma de viver na rua e usar drogas. É interessante notar que a barreira de acesso a tratamentos para problemas de saúde física foi relatada com muito maior frequência pelos moradores da Maré do que pelos frequentadores das cenas de uso.

O quadro da violência vivida e do medo da violência relatado pelos frequentadores das cenas de uso de drogas entrevistados foi ainda mais expressivo do que nas entrevistas nos domicílios da Maré. As proporções de frequentadores das cenas de uso que relataram experiências de violência

ocorridas na comunidade nos últimos 12 meses foram superiores às relatadas na amostra domiciliar. Mais de dois terços se viram em meio ao fogo cruzado de um tiroteio e mais de um terço teve alguém próximo morto ou baleado. Testemunhar a violência também é bastante comum em cenas de uso: mais da metade dos entrevistados viu alguém sendo espancado/agredido e mais de um terço viu alguém sendo baleado ou morto. O medo da violência foi mais frequente entre os frequentadores da cena do uso de drogas: quase dois terços relataram que *frequentemente* ou *sempre* temem ser atingidos por uma bala perdida e quase a metade teme sofrer agressão física ou verbal. O medo da coerção violenta foi relatado com frequência, incluindo o medo de ser forçado a se envolver em atividades ilícitas, medo de falar o que pensa ou sente, medo de circular ou ter perda material ou perder o emprego devido a alguma situação violenta.

Embora a comparação dos dados sobre as amostras domiciliares e de usuários de drogas não possa ser feita por testes estatísticos usuais, porque os métodos de seleção da amostra foram distintos, a visão geral dos dados mostra diferenças tão grandes que provavelmente não são devidas a vieses de seleção. Dessa forma, o sofrimento mental medido pelo *Brief Symptom Inventory* (BSI) é muito pior e a qualidade de vida medida pelo MANSA muito menor entre os frequentadores de cenas de uso de drogas, quando comparados aos participantes da amostra domiciliar da Maré.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui apresentado sobre a saúde dos frequentadores das cenas de uso da Maré confirma o que vêm sendo descrito em outros estudos no Brasil e no Exterior quanto à gravidade das condições de vida deste segmento. As entrevistas revelam que os frequentadores das cenas de uso têm intenso sofrimento mental e problemas de saúde física, sofrem situações de violência com enorme frequência e vivem em constante preocupação e medo de sofrerem diferentes tipos de violência. Os entrevistados apresentam, principalmente, sintomas de ideação paranoide, sensibilidade interpessoal e depressão – o que pode ser um reflexo da permanente situação de insegurança e violência. Em comparação com os entrevistados nos domicílios da Maré, os frequentadores das cenas de uso têm pior qualidade de vida, mais problemas de saúde mental e muito mais casos de tuberculose. Os sintomas de sofrimento mental relatados pelos frequentadores das cenas são comparáveis e, em algumas situações, piores do que é encontrado em populações que sofreram violência policial e tortura. As informações que encontramos reforçam a necessidade de iniciativas de atenção a essa parcela da população com ações que facilitem seu acesso a serviços sociais e de saúde, além de apoio ao trabalho e à moradia.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos frequentadores das cenas de uso da Maré

IDADE (MÉDIA, DP)	34,4	9,5
GÊNERO (n, %)		
Feminino	55	27,5
Masculino	143	71,5
Outro	2	1,0
RAÇA/COR (n, %)		
Branca	27	13,6
Negra	170	85,4
Outras	2	1,0
ESCOLARIDADE (n, %)		
Menos que Ensino Fundamental	128	64,0
Ensino Fundamental Completo	72	36,0
OCUPAÇÃO (n, %)		
Desempregado	74	37,0
Empregado	126	63,0
RENDA DIÁRIA (n, %)		
Até R\$ 25,00 por dia	80	40,8
Mais de R\$ R\$ 25,00 por dia	116	59,2
ESTÁ EM SITUAÇÃO DE RUA (n, %)		
Sim	179	89,5
Não	21	10,5
PRÁTICA RELIGIOSA (n, %)		
Sim	82	41,0
Não	118	59,0

n = 200 Fonte: Dados da pesquisa **Construindo Pontes**.

Elaboração própria, 2021.

Tabela 2 - Sintomas de problemas mentais*

Dimensões	Maré		EUA			Portugal		Sobreviventes de tortura ou trauma policial			Cardiopatas Escócia	
	Domiciliar (N=1211)	Freq. Cenas de Uso (N=200)	Psíqu amb	Psíqu Intern	Pop geral	Pop geral	Pacientes Problemas emocionais	Tibet	Oeste da África	Punjab	pacientes	cuidadores
Somatização	0,457	0,692	0.83	1.10	0.29	0.573	1.335	0.78	1.19	1.62	1.02	0.56
Obsessões Compulsões	0,642	1,070	1.57	1.51	0.43	1.290	1.924	1.24	1.58	1.93	1.02	0.89
Sensibilidade interpessoal	0,557	1,348	1.58	1.48	0.32	0.959	1.597	0.95	1.28	2.01	0.51	0.40
Depressão	0,542	1,203	1.80	1.77	0.28	0.893	1.828	1.18	1.47	1.88	0.62	0.53
Ansiedade	0,536	1,031	1.70	1.70	0.35	0.942	1.753	1.16	1.62	1.51	0.66	0.65
Hostilidade	0,614	0,987	1.16	1.00	0.35	0.894	1.411	0.48	0.66	1.50	0.44	0.44
Ansiedade Fóbica	0,452	0,828	0.86	1.07	0.17	0.418	1.020	0.85	1.17	1.26	0.64	0.34
Ideação Paranoide	1,086	2,037	1.14	1.26	0.34	1.063	1.532	0.73	1.43	2.3	0.33	0.35
Psicoticismo	0,467	1,155	1.19	1.26	0.15	0.668	1.403	1.16	1.09	1.05	0.39	0.31
Índice Geral de sintomas (IGS)	0,597	1,140	1.32	1.36	0.30	0.835	1.430	0.95	1.31	1.62		

* Conforme resultados das médias do BSI em diferentes amostras. Fonte: Elaboração própria, 2021.

Tabela 3 - Qualidade de Vida das amostras domiciliar e de frequentadores das cenas de uso

	Domiciliar	Frequentadores das cenas de uso
MANSA	Média	Média
SQOL (Qualidade de vida subjetiva)	4,71	3,67
SIX (Qualidade de vida objetiva)	4,56	1,99

Fonte: Dados da pesquisa **Construindo Pontes**. Elaboração própria, 2021.

Tabela 4 - Problemas físicos e mentais, barreiras de acesso ao tratamento por causa de violência e padrão do uso de drogas das amostras domiciliar e frequentadores das cenas de uso

Fonte: Dados da pesquisa **Construindo Pontes**. Elaboração própria, 2021.

	Amostra domiciliar		Frequentadores das cenas de uso	
Relataram ter unidade de saúde de referência				
Sim	1054	87,0	79	39,5
Não	155	13,0	121	60,5
Relataram pelo menos um problema de saúde física nos últimos 3 meses				
Sim	515	42,6	84	42,0
Não	695	57,4	116	58,0
Relataram dificuldades de acessar tratamento para problemas de saúde física nos últimos 3 meses devido a situações de violência				
Sim	90	17,5	4	4,9
Não	425	82,5	78	95,1
Relataram pelo menos um problema de saúde mental nos últimos 3 meses				
Sim	254	21,0	75	37,5
Não	955	79,0	125	62,5
Relataram dificuldades de acessar tratamento para problemas de saúde mental nos últimos 3 meses devido a situações de violência				
Sim	15	5,9	5	6,8
Não	238	94,1	68	93,2
Drogas usadas nos últimos 3 meses				
Álcool	541	44,7	104	52,0
Tabaco	179	14,8	161	80,5
Cannabis	43	3,6	124	62,0
Cocaína (pó)	4	0,3	110	55,0
Cocaína (crack)	1	0,1	126	63,0
Inalantes	1	0,1	49	24,5

Fonte: Dados da pesquisa **Construindo Pontes**. Elaboração própria, 2021.

Tabela 5 - Problemas de saúde física (nos últimos 3 meses) relatados pelos entrevistados no domicílio e pelos frequentadores das cenas de uso da Maré

Problemas de saúde física nos últimos 3 meses	Domiciliar		Frequentadores das cenas de uso	
	N	%	N	%
Doença Osteoarticular	147	12.1	12	6
Hipertensão Arterial	171	14.1	4	2
Cardiopatía	57	4.7	1	0.5
Doença Infecciosa	50	4.1	7	3.5
Doença vascular	13	1.1	1	0.5
Asma	13	1.1	4	2
Alergia	13	1.1	1	0.5
Doença ginecológica	18	1.5	1	0.5
Epilepsia	2	0.2	0	0
Tuberculose	1	0.1	8	4
Doenças sexualmente transmissíveis	0	0.0	1	0.5
HIV	0	0.0	1	0.5

Fonte: Dados da pesquisa **Construindo Pontes**. Elaboração própria, 2021.

Tabela 6 - Problemas de saúde mental (nos últimos 3 meses) relatados pelos entrevistados no domicílio e pelos frequentadores das cenas de uso da Maré

Problemas de saúde mental nos últimos 3 meses	Domiciliar		Frequentadores das cenas de uso	
	N	%	N	%
Ansiedade	76	6.3	11	5.5
Depressão	71	5.9	26	13
Reação ao estresse	26	2.1	31	15.5
Transtorno Bipolar	2	0.2	1	0.5
Esquizofrenia	1	0.1	0	0
Psicose	0	0	1	0.5

Fonte: Dados da pesquisa **Construindo Pontes**. Elaboração própria, 2021.

Tabela 7 - Relação entre o Índice de Gravidade Global (GSI) e características dos frequentadores das cenas de uso de drogas da Maré

	Análise Bivariada			Análise Univariada				Regressão Multivariada b			
	Estadística		n	Coefficiente	IC 95%		p-valor	Coefficiente	IC 95%		p-valor
Idade (r de Pearson, n)	-0.066		198	-0.005	-0.014	0.005	0.354				
Gênero (Média, DP, n)											
Feminino	1.45	0.75	56	o ^a				o ^a			
Masculino	1.02	0.58	142	-0.427	-0.625	-0.230	0.000	-0.299	-0.492	-0.106	0.003
Raça/cor (Média, DP, n)											
Branca	0.94	0.53	27	o ^a							
Negra ou Não Branca	1.17	0.68	170	-0.227	-0.497	0.042	0.098				
Escolaridade (Média, DP, n)											
Ensino Fundamental Incompleto ou menos	1.21	0.71	126	o ^a				o ^a			
Ensino Fundamental Completo	1.02	0.54	72	-0.190	-0.382	0.001	0.051	-0.127	-0.304	0.050	0.158
Emprego (Média, DP, n)											
Desempregado	1.30	0.78	73	o ^a				o ^a			
Empregado	1.05	0.56	125	-0.257	-0.446	-0.068	0.008	-0.261	-0.450	-0.071	0.007
Renda diária (Média, DP, n)											
Sem renda diária	1.50	0.71	23	o ^a				o ^a			
Com alguma renda diária	1.08	0.63	171	-0.418	-0.700	-0.136	0.004	-0.210	-0.503	0.084	0.161
Em situação de rua (Média, DP, n)											
Sim	1.13	0.66	177	-0.098	-0.399	0.204	0.524				
Não	1.23	0.66	21	o ^a							
Tem prática religiosa (Média, DP, n)											
Sim	1.27	0.62	81	0.226	0.040	0.412	0.018	0.141	-0.034	0.315	0.114
Não	1.05	0.67	117	o ^a				o ^a			
Exposição à violência comunitária (r, n)	0.058		198	0.025	-0.036	0.086	0.416				
Medo ou violência subjetiva (r, n)	0.321		195	0.187	0.108	0.265	0.000	0.167	0.092	0.243	0.000

a. Esse parâmetro é zero, porque é redundante. b. Modelo ajustado para 192 observações.

Fonte: Dados da pesquisa **Construindo Pontes**. Elaboração própria, 2021.

Tabela 8 - Relação entre o Índice de Qualidade de Vida Subjetiva (SQOL) e

características dos frequentadores das cenas de uso da Maré

	Análise Bivariada			Análise Univariada				Regressão Multivariada ^b			
	Estatística		n	Coeficiente	IC 95%		p-valor	Coeficiente	IC 95%		p-valor
Idade (r de Pearson, n)	-0.021		198	-0.002	-0.016	0.012	0.766				
Gênero (Média, DP, n)											
Feminino	3.78	0.92	55	o ^a							
Masculino	3.63	0.94	143	-0.146	-0.438	0.146	0.325				
Raça/cor (Média, DP, n)											
Branca	3.28	0.88	27	-0.450	-0.828	-0.072	0.020	-0.417	-0.804	-0.030	0.035
Negra ou Não Branca	3.73	0.93	170	o ^a							
Escolaridade (Média, DP, n)											
Ensino Fundamental Incompleto ou menos	3.77	0.96	126	o ^a				o ^a			
Ensino Fundamental Completo	3.50	0.86	72	-0.269	-0.539	0.001	0.051	-0.187	-0.461	0.087	0.180
Emprego (Média, DP, n)											
Desempregado	3.68	0.92	72	o ^a							
Empregado	3.67	0.95	126	-0.011	-0.283	0.262	0.938				
Renda diária (Média, DP, n)											
Sem renda diária	3.58	1.06	23	o ^a							
Com alguma renda diária	3.70	0.91	171	0.121	-0.284	0.526	0.557				
Em situação de rua (Média, DP, n)											
Sim	3.74	0.77	21	-0.078	-0.504	0.347	0.717				
Não	3.66	0.95	177	o ^a							
Tem prática religiosa (Média, DP, n)											
Sim	3.52	1.06	81	-0.263	-0.527	0.001	0.051	-0.227	-0.488	0.035	0.089
Não	3.78	0.82	117	o ^a				o ^a			
Exposição à violência comunitária (r, n)	-0.077		198	-0.046	-0.131	0.038	0.282				
Medo ou violência subjetiva (r, n)	-0.160		195	-0.130	-0.243	-0.016	0.025	-0.143	-0.257	-0.029	0.014

a. Esse parâmetro é zero, porque é redundante. b. Modelo ajustado para 196 observações.

Fonte: Dados da pesquisa **Construindo Pontes**. Elaboração própria, 2021.

SOBRE OS AUTORES

ANA CAROLINA ROBBE MATHIAS

Psicóloga cognitivo comportamental; especialista em atendimento de usuários de álcool e drogas e mestre em Saúde Mental (PROJAD/IPUB/UFRJ); pesquisadora do PROJAD/IPUB/UFRJ; psicoterapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC); membro da Associação de Terapias Cognitivas do Rio de Janeiro (ATC-Rio); membro-fundadora da Associação Brasileira Multidisciplinar sobre Drogas (ABRAMD).

EDUARDO RIBEIRO

Sociólogo; professor do Departamento de Sociologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); pesquisador do Laboratório de Análise da Violência (LAV) e coordenador do Núcleo de Estudos em Sociologia Quantitativa (QUANTIDADOS), ambos da UERJ.

ELIANA SOUSA SILVA

Fundadora e diretora da Redes de Desenvolvimento da Maré; doutora honoris causa pela Queen Mary University of London e doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Na Universidade de São Paulo (USP), foi professora visitante no Instituto de Estudos Avançados (IEA), onde coordenou a Cátedra Olavo Setúbal de Arte, Cultura e Ciências, em 2018.

GISELLE MORAES

Economista (UNISUAM); assistente social (ESS/UFRJ); especialista em Responsabilidade Social e Terceiro Setor (IE/UFRJ) e mestranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

KARLA AMADO

Enfermeira graduada pela Universidade Federal Fluminense (UFF); especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria; mestre em Neurologia pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO); enfermeira assistencial do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

LUNA AROUCA

Assistente social (UFRJ); mestre em Ciência Política (EHESP/Paris); coordenadora do Conexão Saúde e do *Espaço Normal* na Redes da Maré.

MAÏRA GABRIEL ANHORN

Cientista política e atua como coordenadora de eixo na Redes da Maré desde 2010. Foi uma das idealizadoras do projeto *Espaço Normal*, espaço de referência envolvendo drogas na Maré.

MARCELO SANTOS CRUZ

Doutor em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordena, desde 1996, o Programa de Estudos e Assistência ao Uso Indevido de Drogas do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, onde desenvolve pesquisas sobre atenção às pessoas com problemas com drogas. Foi consultor do Ministério da Saúde e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e vice-presidente da Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas.

MIRIAM KRENZINGER

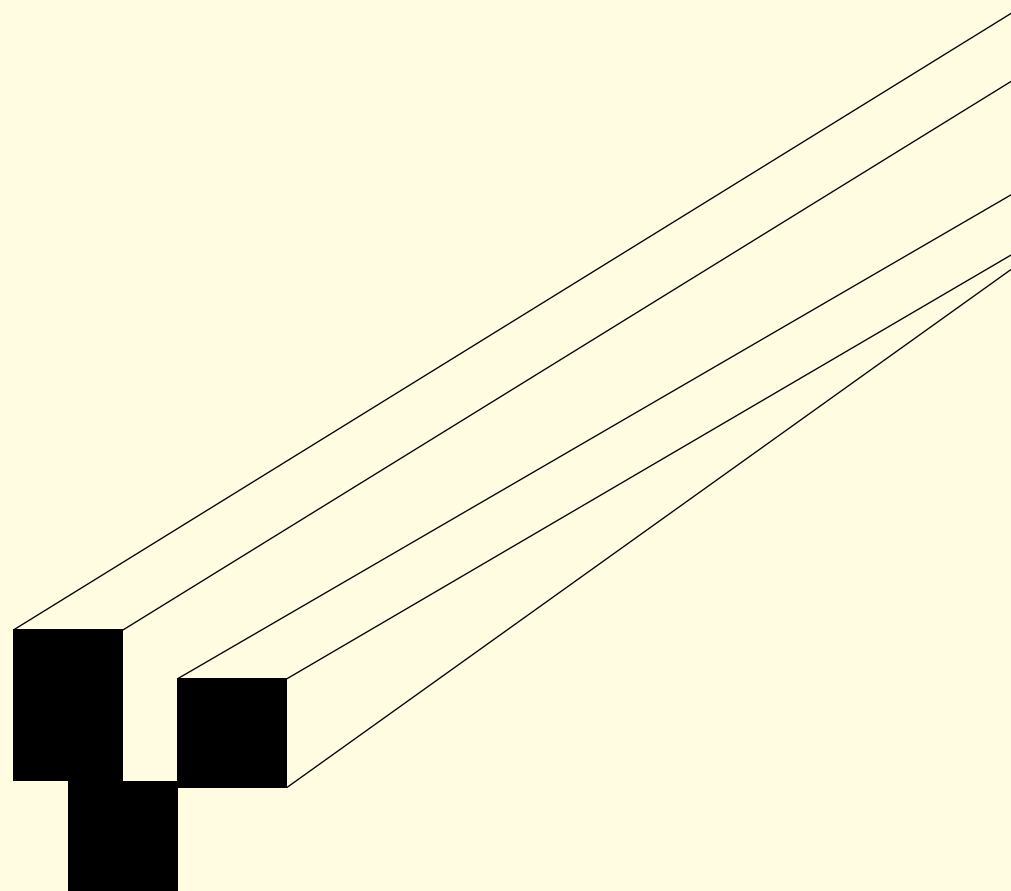
Coordenadora do presente estudo realizado pela equipe das Ciências Sociais no âmbito do Projeto **Construindo Pontes**; professora associada IV do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

PAUL HERITAGE

Diretor Artístico da People's Palace Projects e Professor de Teatro e Artes Performáticas na Queen Mary University of London. Investigador Principal do projeto de pesquisa **Construindo Pontes**.

RODRIGO NASCIMENTO

Psicólogo (UFRJ); mestre em Saúde Coletiva (IESC/UFRJ) e doutor em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. L. de. **Racismo Estrutural**. São Paulo/SP: Sueli Carneiro; Pólen, 2019.

AZEVEDO, C. M. M. **Onda Negra, Medo Branco**: o negro no imaginário das elites do século XIX. Rio de Janeiro/RJ: Paz e Terra, 1987.

BARBOSA, C. M. M. S. *et al.* **Crack users and violence. What is the relationship between trauma, antisocial personality disorder and posttraumatic stress disorder?** **Addictive Behaviors**, v. 98, 2019.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. **Pesquisa nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro/RJ: Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

BUCHANAN, R. W.; CARPENTER, W. T. *Schizophrenia: introduction and overview*. In: SADOCK, B. J.; SADOCK, A. S.; RUIZ, P.; KAPLAN and SADOCK's *comprehensive textbook of psychiatry (editors)*, 7ª ed., pp. 1098-1110, 2000.

CANAVARRO, M. C. Inventário de sintomas psicopatológicos. BSI. In: SIMÕES, M. R.; GONÇALVES, M.; ALMEIDA, L. S. (edit.). **Testes e provas psicológicas em Portugal**. Braga/Portugal: SHO/APPORT, v. III, pp. 304-330, 1999.

CANO, I. **Introdução à avaliação de programas sociais**. Rio de Janeiro/RJ: FGV Editora, 2002.

COCOZZA, S. *et al.* **Participation to Leisure Activities and Well-Being in a Group of Residents of Naples-Italy: The Role of Resilience**. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 6, 2020.

COSTA, V. C.; CUNHA, M. B. O crack em Manguinhos: a experiência de agentes sociais do território. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro/RJ, v. 43, n. esp. 8, pp. 25-32, 2019.

CRUZ, M. S. *et al.* **Study protocol of personal characteristics and socio-cultural factors associated with mental health and quality of life of residents living in violent territories**. **BMC Psychiatry**, v. 20, n. 1, pp.1-9, 2020.

CRUZ, M. S. *et al.* **Comparing key characteristics of young adult crack users in and out-of-treatment in Rio de Janeiro, Brazil**. **Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy**, v. 9, pp. 2-7, 2014.

CRUZ, M. S. *et al.* **Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil**. **BMC Health Services Research [on-line]**, v. 13, n. 536, 2013.

DEROGATIS, L. R.; MELISARATOS, N. **The Brief Symptom Inventory: an introductory report** *The Brief Symptom Inventory: an introductory report*. **Psychological Medicine**, v. 13, pp. 595-605, 1983.

ENSP-FIOCRUZ; Território Escola Manguinhos. **Consultório na Rua**. Disponível em <<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/consultorio-na-rua>>

FERNANDES, L; ARAÚJO, T. A vida em andamento: para a caracterização dos consumidores problemáticos de drogas em Guimarães. **Relatório de pesquisa**. Lisboa/Portugal: Universidade do Porto, 2010.

FISCHER, B. *et al.* *Crack across Canada: comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users*. **Addiction**, v. 101, pp.1760-1770, 2006.

FONTES, G. J. F. *et al.* Perfil epidemiológico da tuberculose no Brasil no período de 2012 a 2016. **Rev. Bra. Edu. Saúde (REBES)**, Pombal/PB, v. 9, n. 1, pp. 19-26, 2019.

FRASQUILHO, D. *et al.* *Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review*. **BMC Public Health**, v. 16, n. 115, 2016.

GAULEJAC, V. de; LÉONETTI, I. T. *La lutte des places: insertion et désinsertion*. **Hommes et perspectives**, Marseille, 1994.

GROSSI, E. *et al.* *The interaction between culture, health, and psychological well-being: Data mining from the Italian culture and well-being project*. **Journal of Happiness Studies**, v. 13, n. 1, pp. 129-148, 2011.

GUO, S. Y; FRASER, M. W. *Propensity score analysis: Statistical methods and applications*. **Sage Publications**, v.12, 2009.

HALPERN, S. C. *et al.* Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico em seis capitais brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro/RJ, v. 33, n. 6, 2017.

IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça - 1995 a 2015**. Brasília/DF, 2017.

IPEA. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4^a ed., Brasília/DF, 2011.

IPEA; FBSP. **Atlas da violência**. Brasília/DF: Rio de Janeiro/RJ: São Paulo/SP: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2020.

KESSLER, F. *et al.* *Psychometric properties of the sixth version of the Addiction Severity Index (ASI-6) in Brazil*. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo/SP, v. 34, pp. 24-33, 2012.

LIMA, A. L. M. A miséria moral na ralé. In: SOUZA, J. (org.). **Crack e exclusão social**. Brasília/DF: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

MOURA, C. **Sociologia do negro brasileiro**. São Paulo/SP: Ática, 1988.

NASCIMENTO, A. do. **O Genocídio do negro brasileiro**: Processo de um racismo mascarado. Rio de Janeiro/RJ: Editora Paz e Terra, 1978.

NASCIMENTO, R. C. **Marés de cuidados, violências, fluxos e desenrols: cenas de uma cartografia à deriva**. 2017. 204 f. Tese (Doutorado em Psicologia). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Rio de Janeiro/RJ.

PAIXÃO. M. J. P. **Desenvolvimento Humano e Relações Raciais**. Rio de Janeiro/RJ: DP & A, 2003.

PAUGAM, S. **A desqualificação social**: ensaio sobre a nova pobreza. São Paulo/SP: EDUC, 2003.

PRIEBE, S.; HUXLEY, P. J.; KNIGHT S.; EVANS, S. *Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA)*. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 45, n. 1, pp. 7-12, 1999.

RAGHAVAN, S. S.; ROSENFELD, B.; RASMUSSEN, A. *Measurement Invariance of the Brief Symptom Inventory in Survivors of Torture and Trauma*. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 32, n. 11, pp. 1708-1729, 2017.

REDES DA MARÉ. **Boletim Direito à Segurança Pública na Maré 2018**. Rio de Janeiro/RJ: Redes da Maré, 2019.

REDES DA MARÉ; CESeC. Meu nome não é cracudo - A cena aberta de consumo de drogas da Rua Flávia Farnese, na Maré, Rio de Janeiro. **Boletim Segurança e Cidadania**, n. 22, 2016.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro/RJ, v. 59, n. 3, pp. 210-218, 2010.

RUI, T. C. **Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. 2012. 355 f. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP.

RUSSELL, M. A.; VASILENKO, S. A.; LANZA, S. T. *Age-Varying Links Between Violence Exposure and Behavioral, Mental, and Physical Health*. **The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine**, v. 59, n. 2, pp.189-196, 2016.

SAPORI, L. F., SENA, L. L. *Crack e violência urbana*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (orgs.) **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre/RS: Editora Artmed, 2012.

SILVA, A. B. *et al.* Desvelando a cultura, o estigma e a droga enquanto estilo de vida na vivência de pessoas em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 25, n. 10, pp. 3713-3721, 2020.

SILVA, E. S.; MALANQUINI, L.; ANHORN, M. G. **Meu nome não é cracudo** – A cena aberta de consumo de drogas da Flávia Farnese, na Maré, Rio de Janeiro. In: KREZNINGER, M. (org.) *Populações em situação de rua*. Rio de Janeiro/RJ: Pallavra, 2017.

SILVA, T. O. *et al.* População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. **Epidemiol Serv Saúde** [preprint], 2020.

SOUZA, J. (org.). **Crack e exclusão social**. Brasília/DF: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

THOMSON, P. *et al.* *Evaluating emotional distress and health related quality of life in patients with heart failure and their family caregivers: Testing dyadic dynamics using the Actor-Partner Interdependence Model*. **PLoS ONE**, v. 15, n. 1, pp. 1-18, 2020.

USDAN, S. L. *et al.* *Crack cocaine, alcohol, and other drug use patterns among homeless persons with other mental disorders*. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 27, n. 1, pp. 107-120, 2001.

VAN WIJK, L. B.; MÂNGIA, E. F. Atenção Psicossocial e o cuidado em saúde à população em situação de rua: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, v. 24, n. 9, pp. 3357-3368, 2019.

WHO ASSIST Working Group. *The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability, and feasibility*. **Addiction**, v. 97, n. 9, pp. 1183-1194, 2002.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
(SC ASSESSORIA EDITORIAL, SP, BRASIL)

Coleção construindo pontes / autores Eliana Sousa Silva...[et al.];
organizadores Eliana Sousa Silva e Paul Heritage. – Rio de
Janeiro : People's Palace Projects do Brasil, 2021.

4 v. (776 p.)

Vários autores

ISBN: 978-65-995601-0-1

1. Saúde mental 2. Violência urbana 3. Favela da Maré (Rio
de Janeiro, RJ) I. Silva, Eliana Sousa. II. Silva, Eliana Sousa,
org. III. Heritage, Paul, org. IV. Título.

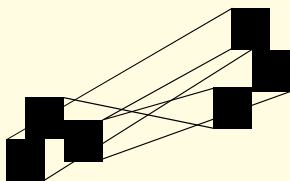
CDD-353.6

ÍNDICES PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO:

1. Saúde mental 353.6

Sueli Costa - Bibliotecária - CRB-8/5213

Este livro foi composto em Freight Text, Freight Sans e Atrament,
impresso em papel pólen bold 90g/m², na gráfica Santa Marta.



CONSTRUINDO PONTES

REALIZAÇÃO



PARCEIROS



APOIO

