

Fatores de Risco para a infecção pelo HIV entre
Usuários de Drogas Injetáveis nas “Ruas” da cidade
do Rio de Janeiro.

por

Katia Coutinho de Albuquerque

*Dissertação de Mestrado
apresentada ao Curso de
Epidemiologia Geral da Escola
Nacional de Saúde Pública (ENSP)
como requisito parcial à obtenção do
grau de Mestre em Ciências na área
de Saúde Pública.*

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública

Mestrado em Saúde Pública

Epidemiologia Geral

Banca Examinadora

Orientador: Francisco Inácio Bastos

Pesquisador do Centro de Informação Científica e Tecnológica da Fundação
Oswaldo Cruz /(CICT/FIOCRUZ)

Co-orientadora: Angela Jourdan Gadelha

Pesquisadora da Escola Nacional de Saúde Pública do Dept^o. de Epidemiologia e
Métodos Quantitativos em Saúde/(DEM QS)

Joaquim Gonçalves Valente

Pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública do Dept^o de Epidemiologia e
Métodos Quantitativos em Saúde/(DEM QS)

Letícia Legay Vermelho

Prof^a. do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro/(UERJ)

Agradecimentos

Agradeço à Fundação Oswaldo Cruz pela concessão de bolsa, no período de maio de 1998 a fevereiro de 1999, e ao apoio financeiro para a realização do projeto "OMS – Fase II, Estudo Multicêntrico em usuários de drogas injetáveis" (IP – Francisco Inácio Bastos) por parte do Ministério da Saúde do Brasil/Banco Mundial/UNDCP & FAPERJ.

Agradeço também à FAPERJ e ao CNPq pelos recursos adicionais provenientes dos projetos "Estudo da resposta imune humoral em usuários de drogas injetáveis HIV-1 soropositivos" (IP – Vera Bongertz), financiado pela FAPERJ, e "Imunopatologia da infecção pelo HIV: reconstituição da resposta imune e resposta à terapia antiretroviral em pacientes infectados por subtipos de HIV-1 prevalentes no Brasil" (IP – Mariza Morgado), financiado pelo CNPq, essenciais às análises realizadas no Laboratório de Imunologia do IOC, FIOCRUZ.

Agradeço às contribuições da Banca pela leitura e correções desta dissertação; ao Francisco Inácio Bastos pelo incentivo, orientação e sugestões durante a elaboração desta dissertação; à Angela Jourdan Gadelha pela leitura e comentários acerca desta dissertação; às amigas Edilza Novoa, Margaret Ferreira e Lúcia de Moraes pelo apoio constante; aos meus pais, Maria Helena Coutinho Barbosa e Ivan Soares Barbosa e à minha madrinha, Vera Lúcia Alves Coutinho, pelo incentivo e apoio durante a elaboração, e, por fim, à minha família, Iraí de Albuquerque Silva Júnior e Dérek Coutinho de Albuquerque pelo apoio e compreensão ao longo deste trabalho.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
Panorama do HIV/AIDS no Brasil e no Mundo	1
A Epidemia de AIDS entre UDI	6
Padrões do Uso de Drogas	11
Padrões de disseminação espacial da epidemia pelo HIV/AIDS no Brasil, com ênfase na difusão da epidemia entre os UDI	13
Fatores de risco para a infecção pelo HIV entre UDI e seus parceiros	15
A transmissão do HIV entre usuários de drogas não-injetáveis e álcool	17
CAPÍTULO II	19
Riscos decorrentes do compartilhamento de agulhas e seringas e riscos adicionais vinculados à exposição parenteral	19
A legislação e o hábito de compartilhamento	21
Outras motivações do hábito de compartilhar	26
O que são riscos adicionais?	28
- Formas de compartilhamento de drogas por UDI	31
- Formas de compartilhamento indireto:	34
<i>Frontloading</i>	34
<i>Frontloading</i> reverso	35
<i>Backloading</i>	35
Armazenagem de drogas na seringa	36
Compartilhando por recipiente	36
Compartilhando integralmente uma “partida” de drogas	37
Estudos empíricos sobre a frequência das práticas de compartilhamento indireto e sua associação com a transmissão do HIV	37
CAPÍTULO III	42
Riscos vinculados à exposição sexual	42
OBJETIVOS	51
METODOLOGIA	51
População	51
Questionário	56
Testes laboratoriais	57
Plano de análise dos dados	57
RESULTADOS	59
Quadro resumo das variáveis associadas à variável-resposta	69
DISCUSSÃO	87
Declínio das taxas de infecção e o papel dos programas de prevenção	87
Hipóteses alternativas para o declínio das taxas de infecção e limitações do estudo em analisá-las	90

ANEXOS:

- Encartes com descrição visual das formas de compartilhamento indireto
- Questionário
- Aprovação da Comissão de Ética

ÍNDICE DE TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1	Características sócio-demográficas da população estudada_____	70
Tabela 2	Características comportamentais quanto à frequência do uso de drogas_____	71
Tabela 3	Comportamentos e práticas sexuais da população estudada_____	72
Tabela 4	Questões relativas à epidemia de AIDS, segundo percepções e atitudes da população estudada_____	74
Gráfico 1	Contato com atividades de prevenção_____	74A
Tabela 5	Questões relativas ao conhecimento dos entrevistados sobre o HIV/AIDS e a mudança espontânea de comportamento da população estudada_____	75
Tabela 6	Questões relativas ao conhecimento dos entrevistados sobre o HIV/AIDS_____	76
Tabela 7	Questões relativas ao conhecimento dos entrevistados sobre o HIV/AIDS_____	77
Gráfico 2	Mudança espontânea de comportamento_____	77A
Tabela 8	Questões relativas ao tratamento para uso de drogas da população estudada_____	78
Tabela 9	Características comportamentais quanto ao compartilhamento de agulhas e/ou seringas e ao compartilhamento de parafernália de injeção da população estudada_____	80
Tabela 10	Características comportamentais quanto ao compartilhamento de agulhas e/ou seringas e ao compartilhamento de parafernália de injeção da população estudada_____	82
Tabela 11	Características comportamentais quanto ao compartilhamento de agulhas e/ou seringas da população estudada_____	83
Tabela 12	Questões relativas à última injeção conforme relato da população estudada_____	84
Tabela 13	Associações univariadas entre as principais variáveis (estatisticamente significativas)_____	85
Tabela 14	Associações univariadas entre as principais variáveis (associações limítrofes)_____	86

Resumo

Estudo seccional, parte de investigação em curso (WHO Drug Injecting Study Phase II), foi desenvolvido entre usuários de drogas injetáveis (UDI), recrutados nas “ruas” do Rio de Janeiro, para avaliar fatores de risco para a infecção pelo HIV. Duzentos e quarenta e seis UDI foram entrevistados e realizaram exames laboratoriais. Procedeu-se inicialmente a uma revisão dos fatores de risco para a infecção pelo HIV mais freqüentemente encontrados nesta população.

A prevalência pontual para a infecção pelo HIV foi de 6,1%. Foram identificadas variáveis que se mostraram significativa e positivamente associadas à variável dependente a saber: “vive sozinho atualmente”; “injetou com alguém infectado com o HIV”; “injetou com alguém com hepatite”; “nos últimos 5 anos, teve um relacionamento sexual com outro homem”; “alguma vez um profissional de saúde disse que você tinha tuberculose” (idem para história de “sífilis”, “gonorréia”, “herpes genital” e “veias colabadas”), “você recebeu um resultado positivo para o teste para o HIV”, “tomou alguma medicação anti-AIDS (...)” e “alguma vez um profissional de saúde disse que você tinha AIDS”. Não foi possível desenvolver análises multivariadas devido ao pequeno número de infectados.

Nesse estudo verificou-se um impacto aparentemente benéfico – com declínio substancial da taxa de prevalência para a infecção pelo HIV em relação ao conjunto de estudos anteriores no RJ – dos programas de prevenção sobre a população de UDI (além de um provável efeito de “saturação”), população esta que muitos julgam de todo inacessível e refratária às mudanças comportamentais. Os programas de prevenção ganham aqui o referendo, parcial, dos achados empíricos.

Palavras-chave: AIDS; Usuários de drogas injetáveis; Comportamentos de risco; Estudos seccionais.

Abstract

A cross-sectional study, a component of an ongoing study (WHO Drug Injecting Study Phase II), was carried out among injection drug users (IDUs), recruited from the “streets” of Rio de Janeiro, to assess (among other objectives) risk factors for HIV infection. Two hundred forty six IDUs were interviewed and donated blood for laboratorial testing. Risk factors were comprehensively reviewed in the international literature.

Point prevalence for HIV infection was 6.1%. The variables as follows were found to be significantly and positively associated with the outcome (bivariate analyses): “living alone”; “injected with someone infected by HIV”; “injected with someone with hepatitis”; “in the last 5 years had a male homosexual intercourse”; “a health professional said you had tuberculosis” (also applicable for a medical history of “syphilis”, “gonorrhoea”, “genital herpes” and “collapsed veins”), “did you get a positive HIV-test result”, “did you take any medicine against AIDS (...)”, and “a health professional said you had AIDS”. The small number of infections precluded further multivariate analyses.

The study points to a putative beneficial impact – a substantial decline of HIV prevalence rate, as compared with former studies carried out in RJ – of local harm reduction projects (besides a probable “saturation” phenomenon) upon this population, that many still view as impossible to reach and refractory to behavioral change. Beneficial effects of prevention programs seem to be corroborated by our preliminary findings.

Key Words: AIDS; Injection Drug Users; Risk Behaviors; Cross-sectional studies.

Dezembro/2000

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

CAPÍTULO I

Panorama do HIV/AIDS no Brasil e no Mundo

Existem diferentes teorias sobre a origem do HIV, mas nenhuma foi até o momento definitivamente comprovada. O primeiro caso conhecido de infecção pelo HIV foi evidenciado a partir de uma amostra de sangue coletada em 1959, analisada retrospectivamente, num homem em Kinshasa, República Democrática do Congo. Como ele se infectou não se sabe ao certo. Análises genéticas desta e de subsequentes amostras de sangue sugerem que o HIV-1 talvez tenha se originado de um único retrovírus no fim dos anos 40 e início dos anos 50, com possibilidade mesmo de circulação já nas primeiras décadas do século XX (Korber *et al.*, 2000).

Sabe-se, com certeza, que o vírus, posteriormente denominado HIV, já circulava nos Estados Unidos desde meados dos anos 70. A partir de 1979-1981, raros tipos de pneumonia e câncer, como a pneumonia por *Pneumocystis carinii* e o Sarcoma de Kaposi foram sendo reportadas por médicos em Los Angeles, São Francisco e Nova York entre pacientes homossexuais masculinos (CDC, 1998).

O agente causador da AIDS é um retrovírus, isolado em 1983. O vírus foi primeiramente denominado HTLV-III/LAV (vírus tipo III/ vírus associado à linfadenopatia do linfócito T humano) por um comitê científico internacional. Este nome mais tarde foi mudado para HIV (vírus da imunodeficiência humana) (CDC, 1998).

Estima-se, atualmente, que cerca de três milhões de indivíduos em todo o mundo tenham já sido afetados pela doença e que 15 a 20 milhões de pessoas estejam infectadas pelo HIV. Para o ano em curso (2000), estima-se em 25 a 30

milhões o número de infectados, 20% destas infecções acometendo crianças e cerca de 90% delas ocorrendo em países em desenvolvimento (UNAIDS, 2000).

De acordo com as últimas estimativas do Programa Conjunto das Nações Unidas no HIV/AIDS (UNAIDS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) (UNAIDS, 2000), 32,4 milhões de adultos e 1,2 milhões de crianças estariam vivendo com o HIV ao final de 1999. Ao longo do ano de 1999, o vírus da imunodeficiência humana (HIV) teria infectado aproximadamente 5,6 milhões de novas pessoas. Durante este mesmo ano, em todo o mundo, 2,6 milhões de mortes teriam também acontecido em decorrência da infecção pelo HIV/AIDS, um total mais elevado do que em qualquer outro ano desde o início da epidemia, embora as terapias antiretrovirais permitissem uma redução substancial das mortes por AIDS nos países mais ricos (Hogg *et al.*, 1998).

Aproximadamente, metade de todas as pessoas que teriam contraído o HIV foram infectadas antes dos 25 anos. Habitualmente, estes infectados morrerão em decorrência de doenças associadas à AIDS antes dos 35. Ao término de 1999, haveria um total cumulativo de 11,2 milhões de órfãos da AIDS, definidos como crianças que perderam sua mãe antes de alcançar os 15 anos de idade. A imensa maioria das pessoas com o HIV – 95% do total mundial – moram em países em desenvolvimento (UNAIDS, 2000).

O número de casos novos de infecção pelo HIV na ex-União Soviética duplicou em apenas dois anos, devido principalmente ao consumo de drogas injetáveis. A Europa oriental e a Ásia Central eram, ao final de 1999, as regiões do mundo com curvas de incidência para a infecção pelo HIV mais acentuadas (UNAIDS, 2000).

A África sub-saariana continua experimentando o peso maior da epidemia de HIV/AIDS, com aproximadamente 70% do total mundial de pessoas infectadas pelo HIV. A maioria destes novos infectados morrerá no curso dos próximos 10 anos, se somando aos 13,7 milhões de africanos que já perderam a vida por causa da epidemia, com a destruição das famílias e comunidades e redução severa das perspectivas de desenvolvimento regional. Na África sub-saariana, a esperança de vida ao nascer, que tinha aumentado de 44 anos, no começo dos anos cinquenta, para 59 anos, no começo dos anos noventa, cairá presumivelmente para 45 anos entre os anos de 2005 e 2010, como conseqüência da AIDS (UNAIDS, 2000).

Em 1999, estima-se que 570.000 crianças menores de 14 anos tenham se infectado com o HIV. Mais de 90% delas são filhos de mulheres HIV-positivas, e contraíram o vírus ao longo da gravidez, no momento do parto ou no curso da amamentação materna. Delas, nove em cada 10 viviam na África sub-saariana (UNAIDS, 2000).

Uma das preocupações centrais dos profissionais de saúde e formuladores de políticas que lidam hoje com a questão da AIDS no mundo é a persistência em níveis muito elevados da disseminação do HIV na África, hoje não mais restrita à África sub-saariana, e a difusão importante para diversas regiões do continente asiático, devido às diversas configurações sócio-econômicas e culturais da Ásia e ao fato da Ásia ser o continente mais populoso do mundo (Mann & Tarantola, 1996).

No sudeste Asiático, os primeiros casos de AIDS foram notificados na Tailândia apenas em 1985, e, somente após 1988, a disseminação atingiu proporções de fato epidêmicas (Choopanya, *et al.*, 1991; Weniger, *et al.*, 1994; Kunanusont, *et al.*, 1995). Acredita-se que o HIV neste país fora introduzido mais recentemente do que na África e em diversos países das Américas, como Estados Unidos, Brasil e região caribenha). Inquéritos sorológicos realizados entre 1985 e 1987 mostraram que habitualmente os seguimentos sob maior risco, como os usuários de drogas injetáveis (UDI), as trabalhadoras do sexo e os pacientes de clínicas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) revelavam soroprevalências extremamente baixas para o HIV. Porém, a partir de 1988, os dados obtidos assinalaram uma escalada da soroprevalência entre UDI, com taxas estimadas de incidência da ordem de 3-5% a cada mês (Choopanya, *et al.*, 1991; Weniger, *et al.*, 1994; Kunanusont, *et al.*, 1995).

Alguns países da América Latina vêm tentando intensificar os esforços para prover tratamento para as pessoas infectadas pelo HIV. Na região, o Brasil é o único país que garante o livre acesso à terapia anti-retroviral às pessoas infectadas pelo HIV/ vivendo com AIDS (Bastos & Szwarcwald, 2000). Porém, há evidências de que, ainda assim, as infecções estão aumentando na América Central e no Caribe, regiões que vêm experimentando as piores epidemias de HIV/ AIDS, com exceção da África (UNAIDS, 2000).

A epidemia de AIDS teve o seu início nos primeiros anos da década de 80, e os primeiros casos no Brasil, referentes a homossexuais masculinos e bissexuais e pessoas que receberam sangue e/ou hemoderivados (inicialmente afetando

severamente os hemofílicos), foram diagnosticados no município de São Paulo, seguido do Rio de Janeiro, constituindo-se, paulatinamente, como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo (Gomes, 1998).

Sabe-se que o Estado de São Paulo é responsável pela notificação de aproximadamente 48% do total de casos acumulados de AIDS do país e cerca de 70% dos casos registrados entre usuários de drogas injetáveis. Em junho de 2000, São Paulo é o Estado com maior número de casos acumulados desde o início da epidemia, com 91.319 casos, sendo a maioria destes residentes na cidade de São Paulo, o que seria de se esperar, dada a magnitude da sua população bem como a sua centralidade na dinâmica econômica brasileira.

O Rio de Janeiro é o segundo Estado com maior número de casos acumulados, com 28.219 casos notificados até junho de 2000. Com relação às taxas de incidência, São Paulo passou a ser recentemente o segundo Estado com maior taxa de incidência, com 20,7 casos por 100.000 habitantes, seguido de Santa Catarina (16,7), Rio de Janeiro (15,7), e Distrito Federal (11,9), para 1999/2000. Atualmente, o Estado com maior taxa de incidência é o Rio Grande do Sul com 21,7 casos por 100.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2000)

No Brasil, a incidência dos casos de AIDS para os anos de 1997 e 1999/2000 foi de 14,7 e de 11,6 por 100.000 habitantes, respectivamente (Ministério da Saúde, 2000). É relevante mencionar que somente a AIDS (síndrome clínica) possui notificação compulsória no Brasil e na maior parte dos países, não havendo dados oficiais sobre o número de pessoas infectadas pelo HIV no país (Ministério da Saúde, 2000).

A AIDS está presente em todas as faixas etárias, sendo, no entanto, mais prevalente nos adultos jovens. No Brasil, o grupo etário mais acometido em ambos os sexos tem sido o de 20 a 39 anos, correspondendo a 70% do total de casos notificados até 03/06/2000 (Ministério da Saúde, 2000).

O aumento do número de casos em crianças está diretamente relacionado à infecção pelo HIV na mulher, na medida em que a transmissão vertical (mãe-filho) do HIV, através da gestação, parto ou durante o aleitamento, é a forma predominante de transmissão do HIV para a população pediátrica (Stoto *et al.*, 1999). Esta forma de transmissão é responsável por mais de 90% dos casos notificados de AIDS entre crianças de 0-4 anos, nos Estados Unidos, proporção, grosso modo, similar à observada no Brasil. As projeções referentes a casos de crianças com AIDS no

Brasil, realizadas pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, estimam que cerca de 10.000 casos novos de AIDS em crianças teriam sido notificados entre os anos de 1995 a 1999 (o que só poderá ser verificado, transcorridos dois anos a contar de 1999, dado o atraso de notificação – Barbosa & Struchiner, 1997), contrapondo-se aos cerca de 2.000 casos notificados, cumulativamente, entre 1984 e 1994.

As taxas de transmissão vertical do HIV no mundo variam entre 11% e 33%, sendo mais elevadas em países não industrializados e menores na Europa Ocidental e Estados Unidos. No Brasil, a estimativa é de que estas taxas variem entre 15 e 30%, com decréscimo relevante a partir da aplicação do protocolo ACTG 076 em algumas instituições brasileiras (Nielsen *et al.*, 1998).

Desde o início da epidemia no Brasil, tem-se observado uma mudança do perfil dos casos segundo a categoria de exposição e segmento populacional. É importante relatar que a evolução da epidemia teve 3 grandes fases, sendo:

a) inicial, até 1986, caracterizada pela transmissão predominantemente entre homens que fazem sexo com outros homens e principalmente entre pessoas com nível de escolaridade alto, e afetando substancialmente hemofílicos;

b) segunda fase, compreendida entre 1987 e 1990, caracterizada pelo incremento de casos devidos à transmissão por uso de drogas injetáveis e uma maior disseminação entre pessoas que têm prática heterossexual; e

c) terceira fase, de 1991 até hoje, quando se acentua a tendência de disseminação do HIV devido à transmissão heterossexual, atingindo pessoas com escolaridade média ou elementar (Fonseca, *et al.*, 2000), principalmente mulheres, com uma participação relevante das parceiras de homens bissexuais e usuários de drogas injetáveis, este último o fator de risco mais relevante para as mulheres não UDI (Ministério da Saúde, 2000).

A transmissão por via sexual tem sido a mais importante em ambos os sexos, no Brasil, responsável por 50% do total de casos notificados no país, seguindo-se a transmissão por via sangüínea, responsável por aproximadamente 30% dos casos. Dentro da transmissão sangüínea, a categoria mais importante em ambos os sexos é o uso de drogas injetáveis, que representa 89% do total de casos masculinos e 77% do total de casos femininos infectados por via sangüínea (Gomes, 1998).

Estudos relatam que o “período de incubação” (na verdade, como mostrou a equipe de David Ho, a infecção não passa nunca por uma fase de latência real,

sendo, de fato, permanentemente ativa em termos virológicos e imunológicos) da infecção pelo HIV (até a definição clínica da síndrome) em homens homossexuais é de aproximadamente 8 até 11 anos (Hendriks *et al.*, 1998).

Diferentemente dos homens homossexuais infectados pelo HIV, os UDI freqüentemente morrem antes de serem diagnosticados como tendo AIDS. Embora o uso de drogas injetáveis esteja por si só associado a esta alta mortalidade, esta parece ser ainda maior nos UDI infectados pelo HIV do que nos não infectados. A variedade de causas de morte (incluindo *overdose*, suicídio, pneumonia, endocardites e falhas nas funções hepáticas) é comum a ambos – UDI HIV infectados e não infectados –, o que dificulta o entendimento da relação entre a infecção pelo HIV e as mortes antes do diagnóstico clínico de AIDS entre UDI (Hendriks *et al.*, 1998).

Dados comparativos revelam que o tempo médio estimado de sobrevivência desde a soroconversão é de 8,3 anos entre UDI, menor do que o estimado para homossexuais masculinos (9,6 anos). Se eliminarmos esta sobremortalidade dos UDI na fase “pré-AIDS”, os UDI evoluirão igual ou mesmo mais lentamente para o óbito do que os homens homossexuais, uma vez que aqueles que chegaram ao diagnóstico de AIDS são de fato bastante resistentes a uma grande variedade de agravos à saúde (Hendriks *et al.*, 1988).

A Epidemia de AIDS entre UDI

Os UDI são a segunda categoria de exposição mais afetada pela epidemia de AIDS no ocidente e desempenham um papel central na transmissão do HIV para a assim denominada “população geral” (Verster, 1998). A transmissão do HIV entre pessoas que injetam drogas ocorre principalmente por meio do compartilhamento de seringas e de outros equipamentos de injeção, através do sangue contaminado que permanece no equipamento de injeção e que pode ser transmitido de um usuário a outro. Uma vez que as terapias hoje disponíveis não são de fato curativas, e de que não dispomos ainda de vacinas efetivas contra o HIV e a AIDS, a atenção tem-se voltado para a prevenção de novas infecções pela mudança de comportamento (Verster, 1998).

No começo da epidemia, acreditava-se que o compartilhamento de agulhas e seringas constituía o fator exclusivo de risco de transmissão parenteral do HIV entre

UDI (obviamente, excluindo os UDI transfundidos ou transplantados); porém, estudos mais recentes apontaram para um risco potencial adicional através da utilização de toda a parafernália (demais equipamentos de injeção), como colheres, algodão e água, e a possível utilização destes instrumentos e líquidos no preparo das drogas (Bastos *et al.*, 1999), o que veremos com detalhe em capítulo subsequente.

A comparação do curso das epidemias pelo HIV/AIDS na Austrália e nos Estados Unidos é muito ilustrativo neste sentido. Segundo Holmberg (1996), estima-se que, em 1996, 14% dos 1,5 milhões dos UDIs residentes nas 96 áreas metropolitanas dos Estados Unidos com uma população superior a 500.000 habitantes estariam infectados pelo HIV. Sabe-se que 50% das 41.000 infecções anuais pelo HIV que ocorreram em 1996 nos EUA afetavam UDI, excluídos os casos de transmissão sexual dos UDI para parceiros não-usuários e prole. Cabe ainda ressaltar que nos Estados Unidos, até dezembro de 1997, aproximadamente 641.086 casos de AIDS em adultos foram notificados, e cerca de 36% estavam relacionados direta ou indiretamente ao uso de drogas injetáveis.

Por outro lado, a epidemia pelo HIV na Austrália é bastante mais restrita do que a norte-americana, face aos programas de prevenção desenvolvidos para minimizar danos e riscos de infecção entre os UDI para o controle da epidemia. Antes da implementação dos programas de redução de danos em 1985 e da melhor compreensão da dinâmica da epidemia, os UDI tinham uma participação proporcional de 2,5% do total de casos de AIDS registrados na Austrália, proporção esta que se manteve praticamente inalterada ao longo dos anos (Wodak, 1998).

Um exemplo recente da importância da participação dos usuários de drogas injetáveis na epidemia tem sido a explosão, nos últimos três anos, das taxas de infecção pelo HIV em países da antiga União Soviética. Na Ucrânia, segundo Rhodes e cols. (1999), o número de novas infecções pelo HIV evidenciadas em *surveys* populacionais passou de apenas 47 casos em média por ano, no período compreendido entre 1992 e 1994, para 1500 novas infecções em 1995; 12.228 novas infecções, em 1996; e 15.443 novas infecções, em 1997. Destas novas infecções, aproximadamente 80% ocorreram em UDI. Isto significa que, quatro, de cada cinco indivíduos recentemente diagnosticados com a infecção pelo HIV naquele país, são usuários de drogas injetáveis.

Há algumas décadas atrás, a infecção pelo HIV entre pessoas que injetam drogas era considerada como problema restrito aos países ricos do mundo desenvolvido. Hoje, a realidade é bastante distinta, e as epidemias regionais pelo HIV entre os UDI são bastante significativas nos países da Ásia, se iniciando na Tailândia, em 1987, e posteriormente evidenciadas em Mianmá, Sudeste da China, Vietnã, Malásia e Manipur (Nordeste da Índia) nos anos subseqüentes (Rana, 1998).

A rápida difusão do HIV entre UDI foi/é bastante evidente em duas regiões, separadas por uma década, que são o Sudeste da Ásia – SEA (desde 1986) e os Novos Estados Independentes do leste europeu, antes integrantes URSS (1995). Estudos no SEA mostram que a prevalência do HIV entre UDI aumentou para 40%, 1 a 2 anos após a identificação do primeiro caso de AIDS entre UDI. Isto ocorreu em Bangkok (1987-1988) e Chiang Rai (1988-1989), na Tailândia, Yunan, província do sudeste da China (1989), entre outros. A difusão do HIV entre UDI tem ocorrido mais recentemente na Malásia e Vietnã (Rhodes *et al.*, 1999).

Em Katmandu, Nepal, onde a prevalência da infecção pelo HIV continuou baixa (abaixo de 2%) por diversos anos, observou-se muito recentemente um surto epidêmico (Bastos & Strathdee, 2000). Este aumento explosivo de novas infecções tem coincidido com transformações sociais profundas tais como: a difusão de novos padrões de uso de drogas, em particular, a mudança do hábito de fumar opiáceos para a administração da droga injetável, devido ao aumento da disponibilidade da heroína injetável; o aumento relevante do consumo de buprenorfina injetável (com elevados níveis de compartilhamento) e a intensificação das migrações e interação social entre diferentes regiões e segmentos populacionais (Rhodes *et al.*, 1999).

O quadro de novos padrões de uso de drogas parece ser influenciado por mudanças sociais, econômicas e políticas, como mudanças nos padrões de comércio, transporte e redes de comunicação. Geralmente a distribuição geográfica dos UDI e do HIV entre UDI está associada com as rotas de comércio em geral, e mais especificamente de tráfico de drogas, através dos países, que também se verifica no Brasil.

Nos NIS, a rápida difusão do HIV está também associada com os métodos pelos quais as drogas são distribuídas aos consumidores. São dois estes modos de distribuição: a) a distribuição da solução da droga em seringas previamente abastecidas e b) a distribuição direta da solução para a seringa do consumidor por parte de um traficante. Estes modos de distribuição são influenciados por uma série

de fatores que incluem: geografia, facilidade de transporte, a necessidade de realizar transações “comerciais” rápidas e a facilidade de mensuração das quantidades de solução distribuída.

A Holanda é um país que merece destaque pela qualidade das estratégias de redução de danos implementadas numa população de cerca de 15 milhões de habitantes, onde aproximadamente 250.000 pessoas utilizam drogas regularmente. Em Amsterdã, uma cidade com 725.000 habitantes, estima-se que existam 7.000 pessoas que fazem uso de drogas ao longo de cada ano, com uma média de 5.500 usuários ativos a cada dia, o que faz com que o país e a cidade de Amsterdã tenham de manter constantemente diferentes programas de prevenção dirigidos aos UDI, de grande abrangência (Verster, 1998).

Na Holanda, os usuários de drogas injetáveis, incluindo aqueles com contato homossexual, constituem a segunda maior população sob risco para a AIDS e contribuem de forma relevante para o número anual dos casos novos de AIDS, que continuou a crescer na década de 90 (Van Haastrecht *et al.*, 1997).

Segundo Van Ameijden e Coutinho (1998), no início dos anos 80, Amsterdã apresentava um alto nível de prevalência para o HIV entre a sua população de UDI – cerca de 35%. Após a implementação de um conjunto de atividades de prevenção, incluindo troca de seringas e tratamento de substituição com a metadona (para usuários de heroína), os comportamentos de risco destes usuários foram substancialmente reduzidos, embora não eliminados. Ainda que tenha sido possível reduzir as taxas de infecção pelo HIV, a níveis que para o Brasil seriam considerados difíceis de serem alcançados, os níveis de infecção pelo HIV são considerados inaceitáveis pela Holanda devido ao fato das estratégias preventivas terem sido desenvolvidas com muita abrangência e já há 14 anos no país. (Van Ameijden & Coutinho, 1998; Des Jarlais, 1998).

A meta dessas iniciativas preventivas é reduzir tanto a frequência dos comportamentos de risco como o risco efetivo de transmissão do HIV a cada interação (relação sexual e/ou uso compartilhado de drogas), através do efetivo tratamento dos usuários de drogas infectados com anti-retrovirais, reduzindo substancialmente sua carga viral e, conseqüentemente, diminuindo sua infectividade (por exemplo, reduzindo a carga viral no sêmen – Barroso *et al.*, 2000), ou seja, sua capacidade de transmitir o HIV a terceiros, e ainda desestimular a transição do consumo não injetável para o consumo injetável (Des Jarlais, 1998).

Estas medidas se somam ao efeito dos programas de troca de agulhas que provaram ser capazes de tirar de circulação agulhas potencialmente contaminadas. Quando o tempo de circulação destas agulhas e seringas ao longo das redes sociais de uso compartilhado de drogas injetáveis diminui, as taxas de contaminação pelo HIV das seringas podem se tornar mais baixas, à medida que menos UDI compartilham cada agulha/seringa, resultando em uma possibilidade mais baixa de transmissão do HIV e ainda tornando menos provável que acidentes por picada de agulhas descartadas inadvertidamente em locais públicos possam ocorrer (Verster, 1998).

Os primeiros registros de casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis ocorreram a partir de 1983, em São Paulo, com o diagnóstico de casos de AIDS entre pacientes do sexo masculino; em 1985, foram registrados os primeiros casos de AIDS em usuárias de drogas injetáveis. Em 1984, 7% dos casos de AIDS por transmissão sangüínea eram atribuídos ao uso de drogas injetáveis, através do compartilhamento de seringas e demais equipamentos de injeção.

No Brasil de hoje, cerca de 21% dos casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde estão relacionados ao uso compartilhado de drogas injetáveis, sendo a cocaína a droga mais utilizada (Marques & Doneda, 1998).

Ainda que, em anos recentes, a epidemia pelo HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) no Brasil tenha, aparentemente, reduzido a sua velocidade de expansão, provavelmente devido a um fenômeno de "saturação", esta via de transmissão continua sendo um fator essencial na alteração contínua do perfil da epidemia, tanto no sentido de abranger novos estratos sociais (via de regra, mais pobres e marginalizados), como novas regiões geográficas (Caiaffa & Bastos, 1999).

Padrões do Uso de Drogas

Diversos fatores contribuem para a complexa dinâmica da epidemia do HIV/AIDS frente aos padrões do uso de drogas injetáveis, tais como fatores culturais, econômicos e sociopolíticos (Parker, 1997). As razões para a disseminação do uso de drogas injetáveis são complexas e múltiplas. No nível individual, existem vantagens em utilizar a via injetável para o usuário, como as vantagens econômicas, pois a quantidade de droga efetivamente absorvida é maior, levando a efeitos físicos mais intensos que no uso de drogas por outras vias.

Os padrões de consumo de drogas injetáveis variam com relação à natureza e às combinações das drogas utilizadas, à frequência de uso, às vias de auto-administração, à frequência de compartilhamento de equipamentos, entre outros fatores, além de um conjunto de variáveis da esfera da psicologia individual e grupal (Caiaffa & Bastos, 1999).

Como apontado em vários estudos, como no Projeto OMS fase I, no Rio de Janeiro e Santos, entre 1990-93, os dados apontam para níveis elevados de comportamento de risco, tanto no que diz respeito ao compartilhamento de agulhas e seringas, quanto na esfera dos comportamentos sexuais, com baixíssimos índices de utilização sistemática de preservativos. Com relação aos procedimentos de lavagem de seringas e agulhas, esta é quase sempre inadequada, não sendo utilizado o protocolo correto de desinfecção com solução de hipoclorito de sódio proposto pela OMS/CDC (Gleghorn *et al.*, 1994).

Vale mencionar que em pesquisas realizadas em diversos países, como na Itália e EUA, apesar de se verificar uma mudança substancial nos hábitos de compartilhamento de agulhas e seringas, as frequências de práticas sexuais de risco persistem em níveis relativamente elevados (revisto em Bastos & Coutinho, 1997).

A título de demonstração do perfil dos usuários de drogas injetáveis, dados apresentados o estudo NADR – NIDA's National AIDS Demonstration Research, entre UDI norte-americanos, revelam que, com relação ao perfil do consumo, a principal droga injetada foi a heroína, seguida pela cocaína e pela combinação de ambas – *speedball*, com enorme variação entre os diferentes locais. Em países como os EUA e a Austrália, a heroína detém uma parcela importante do uso injetável, com 20% e 47%, respectivamente (Caiaffa & Bastos, 1999).

No Brasil, resultados de um estudo semelhante – *Projeto Brasil*, desenvolvido entre 1994 e 1996 (Telles *et al.*, 1997), a droga mais consumida pela via injetável foi a cocaína, e por via não injetável foi também a cocaína (em pó) cheirada ou fumada sob a forma de *crack*. Além da injeção de cocaína, foi relatado também o uso de heroína por via injetável, recentemente introduzida no Brasil.

Apesar das taxas de infecção pelo HIV, entre os UDI que freqüentam programas de tratamento do abuso de drogas, serem aparentemente menores, quando comparados com aqueles que não os freqüentam, somente pequeno percentual de UDI se encontra em tratamento em um determinado momento, com estimativas que variam de 6% a 22%. (Vlahov *et al.*, 1991).

Com relação à natureza do compartilhamento de agulhas e seringas entre os UDI norte-americanos, verificou-se ser ele mais freqüente com amigos e parceiros sexuais e menos freqüente com estranhos (Caiaffa & Bastos, 1999). No *Projeto Brasil*, esta informação não consta do relatório disponibilizado (Carvalho & *Projeto Brasil*, s/d). O dado disponível neste último relatório se refere à principal razão do compartilhamento mencionada pelos entrevistados, que foi a falta de equipamento na hora do uso. Chama a atenção "o medo de *overdose*" como a segunda razão mais citada.

Atualmente, no Brasil, verifica-se uma alteração do padrão de difusão da epidemia pelo HIV entre usuários de drogas que se revelará muito mais acentuada caso haja alterações consistentes nas cenas de uso, aparentemente já em curso entre nós, com a diminuição relativa do número de usuários de drogas injetáveis e o uso preferencial de outras vias de consumo. Esse fenômeno se verifica em vários países, freqüentemente, em decorrência do temor provocado pela epidemia do HIV/AIDS. Isto ocorreu, por exemplo, na Tailândia onde a notificação de novos casos de AIDS secundários ao compartilhamento de agulhas e seringas começa a perder velocidade à medida que os UDI alteram seus hábitos no sentido de práticas de menor risco (Bastos & Szwarcwald, 1998). Essa mudança com relação ao comportamento de risco já se verifica nas grandes metrópoles do Brasil, com o fenômeno de difusão do *crack*.

O consumo de cocaína sob a forma de *crack* é um dos argumentos (equivocados, por sinal) de quem insiste em minimizar o papel do uso das drogas injetáveis. Embora nos últimos anos seja inegável o crescimento do consumo de *crack* em nosso meio, sobretudo em estados como São Paulo, dados do *Projeto Brasil* (Carvalho, s/d) demonstram que o *crack* é consumido por mais de 30% das pessoas que também usam drogas injetáveis, em diversas cidades brasileiras.

A tendência histórica do consumo do *crack* é entrar em um equilíbrio dinâmico com o consumo de cocaína sob outras formas de preparação e outras vias de consumo, "localizando-se" em um público específico, sendo este constituído por consumidores "fiéis" de *crack* ou poliusuários. É bom lembrar que nos Estados Unidos, o *boom* de drogas injetáveis teve início na década de 60, mas se mantém até hoje, sobrevivendo a todas as "ondas" subseqüentes de consumo, como a maconha, o *ecstasy* e o próprio *crack* (Mesquita, 1998).

Padrões de disseminação espacial da epidemia pelo HIV/AIDS no Brasil, com ênfase na difusão da epidemia entre os UDI

A epidemia de HIV/AIDS expandiu-se no Brasil primeiro pela costa sudeste, capitais e grandes cidades das regiões sudeste, e, em menor escala, do sul e centro-oeste. Vem ocorrendo um processo de interiorização, que se intensifica a partir da década de 90. Vale ressaltar que, segundo Castilho & Szwarcwald (1998), para os jovens (15-24 anos), a epidemia não seguiu nunca um padrão exclusivamente costeiro. De São Paulo, ela expandiu-se pela Região Centro-Oeste entre os jovens, seguindo, grosso modo, as principais vias de tráfico de cocaína.

É possível associar o rápido aumento dos casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis no país ao impacto das atividades de combate ao tráfico internacional de drogas. O fluxo de cocaína obedece a uma orientação geopolítica definida, devido ao seu alto valor. Supõe-se que circule por cidades de maior nível hierárquico, ou seja, centros urbanos onde se encontram maiores demandas e melhor estrutura financeira.

Pode-se traçar, seguindo rotas geográficas específicas, a difusão da infecção pelo HIV/AIDS entre UDI no Brasil durante os fins dos anos 80, em relação a uma série de tentativas destinadas a interceptar o fluxo de cocaína desde os Andes (sobretudo a Bolívia e Colômbia) até o mercado norte-americano e europeu, através do território e dos portos e aeroportos brasileiros.

À medida que as rotas de tráfico de tóxicos, que partem dos países andinos, foram fiscalizadas com mais rigor, as fronteiras menos controladas da Amazônia brasileira tornaram-se cada vez mais “atraentes”, e seu sistema (aero)portuário passou a ser uma rota conveniente de “escoamento” de drogas da América do Sul para os Estados Unidos, Europa Ocidental e, mesmo, África Ocidental. Assim, até o final dos anos 80, uma grande rede de rotas do tráfico de tóxicos já havia se estendido, descendo a bacia amazônica, passando por São Paulo, e chegando a cidades portuárias da região sudeste como o Rio de Janeiro e Santos. Como acontece com frequência, o tráfico das drogas opera através de uma grande rede de força de trabalho barata e em grande parte cativa, controlada pelo próprio hábito de consumo (Parker, 1997).

No Brasil, os casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis estão concentrados geograficamente no Centro-Sul do País (81% do total de casos de

AIDS entre UDI registrados), destacando-se os Estados de São Paulo, Santa Catarina, Paraná e Mato Grosso do Sul e alguns municípios, como Santos (SP) e Itajaí e Camboriú (SC). Em 1997, Santa Catarina destacou-se por um aumento acentuado de casos de AIDS associados ao uso de drogas injetáveis (Bastos *et al.*, 1999). Casos de AIDS entre UDI também vêm sendo registrados com certa frequência entre outras regiões de trânsito como Cuiabá e o Triângulo Mineiro (Caiaffa & Bastos, 1999).

No Brasil, como em muitos outros contextos, o HIV/AIDS tem-se tornado cada vez mais uma epidemia dos oprimidos e marginalizados, quer esta opressão seja estruturada pelo preconceito e discriminação contra os homens que fazem sexo com outros homens, quer pelo estigma associado ao uso de drogas injetáveis, quer pela desigualdade de relações de poder sexual, ou ainda pela exploração econômica pura e simples e injustiça social sofridas pelos mais pobres (Parker, 1997).

Alguns fatores demográficos também estão associados às taxas de infecção pelo HIV entre UDI. De uma maneira geral, as taxas tendem a ser maiores entre UDI que pertencem a minorias étnicas e/ou culturais, mulheres e usuários iniciantes e mais jovens. Além disso, está em curso, segundo diversos autores (Grangeiro, 1994; Drummond Jr., 1998), um processo de "pauperização" da epidemia de AIDS no Brasil, ou seja, os novos casos de AIDS vêm sendo notificados basicamente entre os segmentos mais pobres da população, diferentemente do que ocorria no início da epidemia no Brasil. Entre os segmentos mais pobres e marginalizados, afetados mais de perto neste processo de pauperização, estão os usuários de drogas injetáveis.

Fatores de risco para a infecção pelo HIV entre UDI e seus parceiros

A eficiência da transmissão entre UDI varia de acordo com os diversos comportamentos de risco presentes nesta população. São eles referentes à via parenteral, como: frequência de injeção e de compartilhamento dos equipamentos usados, número de parceiros com quem compartilham estes equipamentos; e às práticas sexuais desprotegidas. Vários estudos apontam para o compartilhamento de equipamentos de injeção (especialmente, de agulhas e seringas) como o fator de risco mais importante quanto à soroconversão e a determinação de altas taxas de prevalência de infecção pelo HIV.

Outra questão fundamental encontrada na literatura internacional é a dos chamados “riscos adicionais relacionados às práticas de injeção”, que consiste no uso de “porções de drogas” com seringas comuns e o uso comum de copos, colheres, e outras parafernálias utilizadas no preparo da droga a ser injetada, sem que haja compartilhamento propriamente dito de agulhas e seringas. Estes riscos jamais foram sistematizados entre nós, apesar de constituírem práticas de comprovado risco (Bastos & Coutinho, 1997).

A transmissão sexual do HIV dos UDI para seus parceiros sexuais representa um risco para homens e mulheres. Além disto, a chance de um UDI ter como parceiro alguém que também faz uso de drogas injetáveis é elevada, particularmente entre as mulheres. Com isso, os riscos decorrentes das práticas sexuais desprotegidas se somariam ao eventual compartilhamento de equipamentos de injeção entre os parceiros sexuais (Bastos, 1996; Beltrán, 1992).

Estima-se que 75 a 90% das mulheres UDI têm parceiros que consomem drogas por esta via, e que de 20 a 50% dos homens UDI têm parceiras UDI. A literatura cita com razoável constância o fato de parceiras sexuais de UDI do sexo masculino utilizarem o sexo como uma estratégia para obter drogas, ao mesmo tempo em que compartilham com seus parceiros os equipamentos de injeção.

Uma das questões centrais da prevenção da transmissão vertical do HIV é o fato de que ainda que se consiga implementar refinados métodos diagnósticos e otimizar estratégias de intervenção, permanecem obstáculos relevantes do ponto de vista da execução e realização das medidas propostas, bem como da abrangência dessas iniciativas, ou seja, a despeito de existirem, em países como o Brasil, recursos, eles freqüentemente não são utilizados ou são utilizados apenas em determinadas unidades de saúde ou exclusivamente por alguns profissionais (ver Stoto *et al.*, 1999 para uma análise global do contexto norte-americano).

Destacam-se fatores da ordem dos indivíduos, famílias e comunidades. Tais fatores vêm sendo estudados com detalhe nos países desenvolvidos (Stoto *et al.*, 1999), mas muito há por conhecer e fazer no contexto brasileiro. Entre estes fatores associados à ausência/insuficiência de cuidados pré-natais, um dos mais relevantes é o abuso de drogas e álcool por parte das grávidas e/ou seus maridos/companheiros e demais familiares. Outros fatores, também importantes, associados à ausência/insuficiência de cuidados pré-natais são: a gravidez em idades precoces; o fato das mães/famílias pertencerem a minorias (étnicas,

lingüísticas etc.); diversas barreiras econômicas, como ausência de seguro-saúde, dificuldades de transporte, ausência de emprego e/ou moradia fixa (Stoto *et al.*, 1999); além dos obstáculos fundamentais na esfera dos serviços de saúde e da atuação dos profissionais de saúde.

Beltrán (1992) relata que, em geral, na Argentina, as mulheres UDI ou parceiras de UDI possuem nível socioeconômico, educacional e familiar preponderantemente médio ou baixo, sendo a multiplicidade de parceiros sexuais em relações desprotegidas – incluindo os parceiros principais, ocasionais e o sexo pago – um fator central de risco para a infecção pelo HIV.

O autor relatou que, em Buenos Aires, se detecta um aumento dos casos de AIDS entre adolescentes mulheres devido a questões estruturais como a falta de trabalho, as condições de vida precárias, a educação interrompida e a ausência ou deficiência de serviços assistenciais, todos eles vulnerabilizando estas mulheres, freqüentemente UDI e/ou parceiras de UDI. Entre estas mulheres UDI infectadas pelo HIV são bastante comuns os abortos espontâneos, os abortos provocados e os partos prematuros.

A transmissão do HIV entre usuários de drogas não-injetáveis e álcool

O efeito de drogas, como o álcool, a cocaína ou a maconha, podem ser os mais variados. Os efeitos desinibitórios produzidos por estas substâncias podem levar as pessoas sob sua influência a comportamentos sexual de alto risco, com eventuais relações sexuais com vários parceiros casuais, freqüentemente sem o uso de preservativos, ou, por exemplo, a praticar sexo anal desprotegido, o que em outras circunstâncias não ocorreria.

Existem ainda efeitos indiretos dessas drogas sobre os riscos sexuais, através da redução da ansiedade interpessoal (que inibe determinados comportamentos, alguns deles de risco), aumento da agressividade e prejuízo da capacidade decisória. Os estimulantes como a cocaína e as anfetaminas podem também induzir comportamentos sexuais de risco através de efeitos psicológicos característicos como a extrema ativação psicomotora e, pelo menos no estágio inicial do uso do estimulante, a hipersexualidade (Bond & Longshore, 1992).

Os agravos à saúde são freqüentes entre os usuários de substâncias não injetáveis. O uso de cocaína, especialmente do *crack*, é relativamente difundido

entre pessoas com sífilis e infecção pelo HIV. O consumo freqüente do *crack* (fumado) pode facilitar a transmissão do HIV e das DST através do sexo oral, por causa da formação de úlceras orais, embora seja mais provável a transmissão do HIV entre pessoas com úlceras genitais (Inciardi, 1993).

Igualmente observa-se que as usuárias de *crack*, independentemente do fato de serem ou não UDI, “trocam sexo por droga”, para financiar um consumo freqüentemente compulsivo, em populações de baixa renda (que mais freqüentemente se utilizam desta substância). Este comportamento pode servir de ponte entre o hábito de injetar drogas e o risco de transmissão heterossexual (Szwarcwald *et al.*, 1998).

CAPÍTULO II

Riscos Decorrentes do Compartilhamento de Agulhas e Seringas e Riscos Adicionais Vinculados à Exposição Parenteral

Sabe-se que o HIV é transmitido por três vias: a sexual, é a forma mais freqüente de propagação em todo o mundo e a parenteral tem importância crescente dos usuários de drogas injetáveis, uma vez que o controle dos bancos de sangue, em praticamente todo o mundo, é há muito adequado. Essas duas vias de transmissão em muitos casos se sobrepõem e se potencializam mutuamente (CDC, 1998). Uma terceira via de transmissão seria a da mãe para o filho, incluindo-se aí a transmissão intra-útero, intra-parto e secundária a amamentação (Nielsen & Bryson, 2000).

Anteriormente aos testes laboratoriais do sangue para evidenciar a infecção pelo HIV e antes da introdução, em 1985, das técnicas para inativar o HIV nos derivados do sangue, o HIV era transmitido com razoável freqüência através das transfusões de sangue contaminado ou dos componentes do sangue e eventualmente através do transplante de órgãos. Hoje, o risco de adquirir os HIV em tais transfusões é extremamente pequeno, na ampla maioria dos países em desenvolvimento e em todos os países desenvolvidos, diminuindo, portanto, o risco de infecção entre os hemofílicos e transfundidos (CDC, 1998).

Pequenas quantidades de sangue de alguém infectado com o vírus são suficientes para transmitir o HIV, como se verifica entre os usuários de drogas injetáveis através do compartilhamento de agulhas e seringas, embora a transmissão do vírus de pacientes infectados para trabalhadores da área de saúde, ou vice-versa, por acidentes com agulhas contaminadas, seja rara e hoje em dia controlável por meio da profilaxia pós-exposição (Gerberding & Katz, 1999).

Pesquisas realizadas para avaliar a viabilidade do HIV em equipamentos de injeção confirmam que o HIV-1 permanece infectante nas seringas à temperatura ambiente depois de 24hs (Shapshak *et al.*, 1994). Isso é evidenciado empiricamente através de um procedimento que ocorre naturalmente entre os UDI nas galerias de pico (locais de consumo de drogas e aluguel de equipamentos de injeção existentes nos EUA e Europa) que se chama “needle pooling”, onde a reutilização dos equipamentos

de injeção tais como agulhas e seringas, é freqüentemente separado do uso anterior por um lapso substancial de tempo, até mesmo, superior a 24hs.

Estudos laboratoriais, utilizando a técnica da PCR (Reação em Cadeia da Polimerase), têm detectado a presença do HIV tanto em agulhas e seringas quanto na parafernália (demais equipamentos de injeção) utilizada durante o processo de preparação das drogas, obtidos, entre outras amostras, das galerias de pico em Miami, Flórida (Shapshak *et al.*, 1994) e do Programa de Troca de Seringas de New Haven, Connecticut (Abdala *et al.*, 1999).

Sabe-se que a eficácia dos programas de trocas de seringas têm sido associadas a uma redução na média do tempo de circulação das seringas (potencialmente contaminadas) de 23,5 dias para menos de 3 dias (Kaplan, 1994). Os dados oriundos de cidades como New Haven, Chicago, São Francisco e Baltimore revelaram que os usuários de drogas injetáveis freqüentemente reutilizam suas seringas, e que na ausência destes programas, as seringas eram, em média, reutilizada 7 ou mais vezes.

Portanto, o vírus permaneceria, a princípio, viável e infectante durante os períodos entre uma injeção e a injeção subsequente. A redução do tempo de circulação da seringa, faz com que diminua a porcentagem de seringas potencialmente contaminadas e, mais do que isso, potencialmente infectantes (ou seja, capazes de transmitir o HIV-1). O tempo de sobrevivência do HIV-1 na seringa (re)utilizada constitui, por isso mesmo, um importante parâmetro no entendimento da transmissão do HIV nesta população (Abdala *et al.*, 1999).

Abdala e cols. (1999) realizaram um estudo para determinar o tempo de sobrevivência do HIV-1 nas seringas usadas por UDI. Os autores descreveram a eficácia e efetividade de uma técnica de análise através de microcultura, para a detecção de vírus viáveis em volumes de sangue típicos daqueles encontrados dentro das seringas utilizadas. Os resultados do estudo demonstraram que o HIV-1 pode sobreviver por períodos acima de 30 dias no sangue dentro do lúmen das seringas, portanto, bastante acima do que apontavam todos os estudos anteriores (Shapshak *et al.*, 1994; Shah *et al.*, 1996).

Estes novos achados experimentais tem implicações no desenho das recomendações de saúde pública para a prevenção da difusão do HIV-1 entre UDI, uma vez que as seringas permanecem potencialmente contaminadas por períodos prolongados, aumentando substancialmente a importância da retirada de seringas

de circulação, manuseio adequado (por parte de agentes de saúde) de seringas usadas e mesmo preocupação ampliada com o destino do lixo “hospitalar” ou equivalente.

Os comportamentos com potenciais riscos de transferir sangue contaminado são tanto o compartilhamento direto de agulhas e seringas, incluindo a interação pessoa-a-pessoa ou de estoques de agulhas e seringas (*needle pooling*), como a reutilização de recipientes, colheres, algodões, água para enxagüe, utilizados por diferentes UDI. A quantificação dos riscos da transmissão do HIV associados a estas diferentes práticas ainda é pouco precisa.

A legislação e o hábito de compartilhamento

O hábito de compartilhar drogas é, em parte, determinado, em diversos países, por leis restritivas tanto à aquisição (*prescription laws*) quanto ao porte de agulhas, seringas e outros equipamentos de injeção (*paraphernalia laws*). Ambas as leis, na verdade, estão ligadas à venda, distribuição e posse de seringas, sendo que as “*prescription laws*” proíbem a venda, distribuição ou posse individual sem uma prescrição médica, enquanto as “*paraphernalia laws*” criminalizam a posse e/ou a distribuição de seringas e outros equipamentos de injeção.

Com a mudança de legislação, no Estado de Connecticut, foi permitido a agentes de saúde ou farmacêuticos distribuir ou vender até 10 (dez) seringas sem prescrição médica, e a indivíduos que não possuíam prescrição foi permitido portar até 10 (dez) seringas sem resíduos de drogas. A intenção da mudança de legislação era aumentar o acesso a seringas estéreis e diminuir o uso de seringas contaminadas por múltiplas pessoas (Valleroy *et al.*, 1995).

Recomenda-se o uso de uma nova seringa estéril no uso de drogas ilícitas injetáveis a cada injeção de drogas (Bastos & Strathdee, 2000). Entretanto, dois conjuntos de leis constroem a disponibilidade de equipamentos de injeção estéreis em muitas regiões dos Estados Unidos e em alguns outros países, como os países nórdicos – a lei de prescrição de seringas, que proíbe a venda e distribuição de seringas sem uma prescrição, e a lei de parafernália do uso de drogas, que faz com que a posse de seringas (com a intenção presumível) de injetar drogas ilícitas seja ilegal e possível prova material do consumo em processos judiciais. Embora a implementação destas leis tenha como objetivo teórico diminuir a prevalência do uso

de drogas injetáveis ao supostamente limitar o fácil acesso e a disponibilidade de equipamentos de injeção e por penalizar usuários e fornecedores, estas leis são freqüentemente vistas como inconsistentes com os esforços da saúde pública para reduzir o risco de transmissão do HIV, na medida em que estimulam o estabelecimento de um mercado ilícito, e de alto risco, de equipamentos de injeção.

As leis que exigem uma prescrição médica para a compra de novas seringas restringem a disponibilidade de equipamentos de injeção estéreis e promovem, ainda que indiretamente, o compartilhamento de equipamentos potencialmente contaminados.

Até 1992, o estado Norte-Americano de Connecticut contava com ambas as modalidades de leis. O estado também tinha sérios problemas associados com o uso de drogas injetáveis, tais como: metade de todos os casos de AIDS registrados em 1992 o foram em UDI (Wright-De Agüero *et al.*, 1998).

Efetivamente, em 1º de julho de 1992, o estado de Connecticut decretou novas leis, que removeram algumas barreiras para a compra e posse de seringas como parte de uma estratégia para a redução da difusão do HIV (e demais patógenos de transmissão sangüínea como os agentes etiológicos das hepatites virais) entre UDI que não tinham condições ou não força de vontade para ingressar em programas de tratamento para o uso indevido de drogas (Groseclose *et al.*, 1995).

Em um inquérito realizado no estado de Connecticut para avaliar o conhecimento sobre a nova legislação e a mudança de comportamento com relação às práticas de aquisição e de eventual compartilhamento de seringas, foi observado, no primeiro ano após a revogação parcial das restrições legais sobre ambas – a compra e a posse imediata de seringas – que mais de dois terços dos UDI entrevistados estavam cientes de ambas as reformulações legais, e muitas mudanças foram reportadas com relação às práticas de aquisição de seringas e de compartilhamento de seringas. Depois que as novas leis foram promulgadas, os UDI reportaram mais freqüentemente aquisição de seringas em farmácias e decréscimo das aquisições nas ruas e galerias de pico (mercado ilícito), e uma redução na freqüência de compartilhamento de seringas e agulhas.

Resultados similares foram reportados por UDI na França depois que as restrições sobre a venda de seringas foram removidas (Groseclose *et al.*, 1995). Aumentaram as vendas em farmácias de seringas sem prescrição em Connecticut

depois da reformulação legal, corroborando os relatos dos UDI com relação ao aumento da aquisição de agulhas e seringas em farmácias.

A diminuição do compartilhamento de seringas entre os UDI representa uma significativa redução da exposição parenteral desta população ao HIV e demais patógenos de transmissão sangüínea, o que provavelmente determinará a diminuição na transmissão do HIV e destes patógenos. Outros estudos sugerem que o aumento do acesso aos equipamentos de injeção estéreis talvez explique a estabilidade da soroprevalência do HIV na Austrália, Nova Zelândia e Holanda (Bastos & Strathdee, 2000); o declínio na prevalência de hepatite C entre UDI na Austrália (Macdonald *et al.*, 2000); e a baixa soroprevalência entre UDI diabéticos (Groseclose *et al.*, 1995).

Uma série de estudos avaliou a mudança da legislação em Connecticut, em um “experimento” controlado (coordenado pelos CDC), desenvolvido em duas comunidades (Groseclose *et al.*, 1995, Grund *et al.*, 1995, Wright-De Agüero *et al.*, 1998, Diaz *et al.*, 1998).

As novas legislações do Estado de Connecticut, além de mais dois estados Norte-Americanos, tornam legal a compra de até 10 seringas por cliente e também a sua posse imediata (embora não tenha sido explicitamente revogada a legislação que penaliza o usuário de drogas por se deslocar com seu equipamento de injeção, que continuou servindo como indício material do consumo de drogas).

Foi observado num estudo realizado em duas cidades do leste de Connecticut (New London e Willimantic) que a maioria dos UDI não andavam com suas próprias seringas, sendo a primeira razão disto a preocupação e o medo (ambos justificados pela persistência de leis restritivas ao porte) de portar seringas novas ou usadas, além da parafernália de preparação da droga, e de serem presos devido a este porte ou que este funcionasse como indício suplementar em caso de porte de drogas. O fato de não andarem com suas seringas, sugere fortemente que usuários de droga “em trânsito” utilizariam equipamento de injeção de terceiros.

A não reformulação simultânea das leis de parafernália contribuiriam assim para o aumento da freqüência do uso de seringas por múltiplos usuários e, com isso, para uma maior probabilidade de transmissão do HIV e demais infecções por patógenos transmissíveis pelo sangue. Os UDI freqüentemente descartam e mesmo escondem seringas em locais públicos para posterior reutilização quando “em trânsito”. Estes locais podem ser, por exemplo, parques, onde as seringas poderiam

potencialmente ser encontradas pelos próprios ou por outros UDI, mas também por quaisquer outras pessoas desavisadas, portanto, trazendo riscos para a comunidade (Grund *et al.*, 1995).

Apesar de ter ocorrido uma diminuição da compra de seringas nas ruas após a implementação das novas leis em Connecticut e também no estado de Washington (onde alterações similares da legislação foram implementadas – Groseclose *et al.*, 1995), foi observado em Baltimore, Maryland, onde a compra de seringas em farmácias sempre foi legal, mas onde a lei que regula o uso de parafernália não foi sequer amenizada, que a compra de seringas se manteve equilibrada entre farmácias e “ruas”: 54% dos UDI compram seringas nas farmácias e 50% têm nas ruas o seu principal local de obtenção de seringas.

Embora os UDI em Connecticut pareçam ter mudado o método primário de obtenção de seringas após as novas leis, os dados de Baltimore indicam que a ausência de uma lei que regula a prescrição de agulhas não necessariamente resulta na compra sistemática de seringas estéreis nas farmácias por todos (ou a ampla maioria) UDI. A disponibilidade de seringas estéreis nas farmácias nas jurisdições onde a compra em farmácias é legal é possivelmente limitada pela discriminação racial ou pela falta de boa vontade dos farmacêuticos e demais profissionais das farmácias para vender seringas aos UDI (Groseclose *et al.*, 1995).

Em Connecticut, observou-se que os UDI hispânicos eram aqueles que menos sabiam sobre as reformulações da legislação. Isto sugere que as barreiras culturais e/ou de idioma podem limitar o conhecimento acerca das reformulações das leis nos estados ou diferentes contextos (Groseclose *et al.*, 1995).

Não se sabe exatamente quando e porque os injetadores de drogas infectados pelo HIV em Connecticut reduziram a freqüência de compartilhamento, mas fato é que houve redução destas freqüências. As dificuldades de atribuição causal se devem à quase simultaneidade das reformulações da legislação e da progressiva implementação de programas de troca de seringas. Estes programas se iniciaram naquele estado em 1990 (ou seja, um primeiro programa de troca de agulhas e seringas se iniciou antes das mudanças nas leis e cinco programas após estas mudanças (Diaz *et al.*, 1998) .

Em um outro estudo realizado no estado de Connecticut por Wright-De Agüero e colaboradores (1998), foi demonstrado que, após a mudança das leis, relativamente poucas farmácias continuaram a implementar políticas de vendas

restritivas em respostas a problemas como violência e roubo nos estabelecimentos. Os gerentes de farmácia, em particular, são os responsáveis nos EUA pelo desenvolvimento e implementação de políticas que regulam as práticas de vendas em suas farmácias.

Fatores adicionais reduzem igualmente a boa vontade e disponibilidade dos farmacêuticos para vender seringas sem prescrição. Um dos fatos mencionados pelos gerentes de farmácia foi o risco potencial de descarte de seringas contaminadas próximo aos estabelecimentos e na comunidade, risco este temido pelos gerentes uma vez que pode, potencialmente, expor sua clientela a riscos desnecessários ou, ao menos, preocupá-la em relação aos riscos eventuais (Wright-De Agüero et al., 1998). Ao contrário dos programas de trocas de seringas, as farmácias que vendem seringas não coletam seringas com sangue contaminado. Para muitos usuários de drogas, o risco de sofrer algum tipo de penalidade criminal por posse de seringas contendo resíduo de droga parece favorecer o rápido descarte do material usado em condições longe das ideais em termos de biossegurança, ou seja, em locais públicos, banheiros, latas de lixo e outros.

Embora a maioria dos gerentes de farmácia concorde que o abastecimento de seringas estéreis teria um efeito benéfico na prevenção do HIV, esforços futuros são necessários para ajudá-los a traduzir esta percepção em atuação consistente e efetiva (Wright-De Agüero et al., 1998).

Embora a venda de seringas em farmácias possa facilitar o acesso a seringas estéreis e, com isso, contribuir para a prevenção efetiva da transmissão do HIV (e outras infecções transmissíveis pelo sangue), verificou-se, em Connecticut, que o número de seringas vendidas sem prescrição nas farmácias (ainda que somado às seringas disponibilizadas pelos programas de troca – Bastos & Strathdee, 2000) é ainda bastante pequeno em relação ao necessário para prover todos os UDI com seringas estéreis (idealmente uma nova seringa para cada nova injeção de drogas (Wright-De Agüero et al., 1998).

No Brasil não existe uma legislação específica que restrinja a compra de seringas em farmácias e nem a posse de equipamentos de injeção. A grande questão que se tenta responder é: O que leva os usuários a compartilharem equipamentos de injeção se não há restrições legais que os impeçam de comprar ou portar seringas e o preço das seringas nas farmácias é relativamente baixo?

O que se percebe no Brasil é que a prova utilizada nos processos judiciais é basicamente a posse da própria droga e não a posse dos equipamentos de injeção. Além das questões da dinâmica grupal e variáveis psicológicas dos diferentes indivíduos, verificou-se que mesmo sem leis de restrição à compra e posse de seringas, existe uma série de fatores que impedem o bom funcionamento das vendas nas farmácias aos usuários de drogas injetáveis, tais como: o racismo, restrições à aparência do indivíduo, a receptividade dos farmacêuticos em atender usuários de drogas, que fazem com que esta comercialização no contexto brasileiro seja ainda relativamente baixa frente à necessária para determinar uma diminuição substancial na difusão do HIV e demais patógenos.

Outras motivações do hábito de compartilhar

O ritual de compartilhar drogas é balizado por diversos hábitos e regras, como as que estimulam a reciprocidade entre usuários que possuem relações afetivas, de amizade e parentesco. Embora o lado negativo da venda e consumo de drogas seja invariavelmente enfatizado, esta “subcultura”, ou antes “cena de uso”, “não seria capaz de persistir todo esse tempo sem alguma relação social positiva” (Grund, 1996:691). Estas relações de reciprocidade e apoio mútuo constituem importantes fatores de socialização, estabelecendo e reforçando relações interpessoais e contribuindo para a manutenção da rede/subcultura (MacRae, 1994).

As drogas são freqüentemente utilizadas como “lubrificantes sociais”, porque o uso de um intoxicante comum (assim como de outros hábitos distintivos de grupos) facilita a interação, produzindo um ânimo comum, induzindo e reforçando sentimentos de solidariedade (MacRae, 1994).

O compartilhamento de agulhas e seringas tem como um dos determinantes principais a indisponibilidade estrutural destes equipamentos em diversos contextos (como já discutido), devido à ilegalidade de portar seringas e das restrições quanto à sua venda. Um segundo grupo de dificuldades situacionais se refere ao fato dos usuários estarem freqüentemente em condições desfavoráveis quanto a um uso mais seguro desses equipamentos, por exemplo, quando estão presos, sem dinheiro, ou em locais sob pressão ou ameaça das autoridades policiais (Bastos, 1996).

Também a “fissura” (urgência de uso) e a falta de experiência com o ritual de injetar são fatores adicionais importantes, devido à pressa, ansiedade e falta de conhecimento dos riscos de contaminação dos diferentes materiais durante o preparo da injeção. O compartilhamento de drogas é uma atividade habitual no cenário da droga. Em cerca de metade dos entrevistados em um estudo desenvolvido em Roterdã, Holanda, entre usuários regulares de cocaína/heroína, as drogas eram compartilhadas entre dois ou mais indivíduos, UDI ou não, ou seja, compartilhadas ao menos como “mercadoria” comum aos parceiros de consumo e/ou, adicionalmente, injetadas em comum (Grund *et al.*, 1996).

Avaliando os comportamentos de risco dos UDI, Koester *et al.* (1996) observaram que injetadores de heroína eram mais propensos, sob um ponto de vista qualitativo (ainda que em termos de repetitividade da auto-injeção existam maiores riscos entre usuários de cocaína – Anthony *et al.*, 1991), a utilizarem práticas de injeção inseguras devido a uma série de fatores. Entre estes fatores, verificou-se que muitos injetadores de heroína são motivados pela necessidade física de injetar para evitar os pronunciados sintomas da síndrome da abstinência, em contraste com os injetadores de cocaína que, freqüentemente, explicam que a motivação deles para injetar é para ficar “bem” ou ficar “ligado”. Além disso, a preparação da heroína injetável é bastante mais complexa que a da cocaína, envolvendo o aquecimento e a acidificação do produto (Grund *et al.*, 1991).

Por outro lado, na auto-administração de cocaína observa-se um padrão de intensa “fissura” e injeções repetidas em curtos intervalos de tempo que levam a crer que a cocaína, devido às suas características farmacológicas de rápida eliminação, tende a ser injetada com elevada freqüência. Anthony e cols. (1991) observaram, em um estudo realizado Baltimore, EUA, que a soroprevalência para o HIV se mostrou substancialmente mais elevada entre usuários de cocaína intravenosa do que entre usuários freqüentes de outras drogas intravenosas.

O QUE SÃO RISCOS ADICIONAIS?

Em 1989, Grund *et al.* relataram os possíveis riscos decorrentes dos hábitos de compartilhamento no consumo de certas drogas utilizadas pelos UDI. Em particular, uma técnica denominada por eles de “*frontloading*”, a qual envolve o uso comum da droga sem que haja compartilhamento direto no ato de injeção, era então

difundida em Roterdã, constituindo uma atividade associada a riscos potencialmente elevados de transmissão do HIV e demais patógenos.

Subseqüentemente, uma segunda técnica foi evidenciada, e denominada de “backloading”. Outras técnicas de compartilhamento utilizando seringas foram sendo evidenciadas sucessivamente em estudos subseqüentes, como descreveremos a seguir.

Publicações subseqüentes avaliaram a freqüência do *front/backloading* e a associação dessas práticas com a infecção pelo HIV. Na população de UDI de Baltimore, Samuels *et al.* (*apud* Grund *et al.*, 1996) não encontraram associação significativa entre a freqüência do *front/backloading* e a infecção pelo HIV. Entretanto, Jose *et al.* (1993) e Stark *et al.* (1996), encontraram, em Nova York e Berlim, respectivamente, que ambas as práticas (*front- & backloading*) eram difundidas nas duas comunidades de usuários de drogas e constituíam fatores de risco independentemente associados à infecção pelo HIV (Jose *et al.*, 1993; Stark *et al.*, 1996) e hepatite C (Stark *et al.*, 1996).

É importante ressaltar que estas práticas de compartilhamento de drogas colocam os UDI em risco (frente aos patógenos transmissíveis pelo sangue) não porque as seringas são compartilhadas *per se*, mas porque as seringas potencialmente contaminadas são utilizadas no processo de preparo em comum de drogas.

Compartilhamento de drogas e compartilhamento de seringas constituem duas categorias conceituais diferentes. Compartilhar exclusivamente as drogas injetáveis significa compartilhamento de seringas como instrumento utilizado no preparo da droga, sem haver o compartilhamento de agulhas e seringas propriamente dito.

Estudos etnográficos (Grund *et al.*, 1991) têm detalhado estes comportamentos de compartilhamento de drogas e sugerem que eles ocorrem como parte integral do processo de preparo e injeção de drogas. Estas práticas incluem o compartilhamento da água que os UDI utilizam para misturar e/ou enxaguar seringas; o uso comum de drogas misturadas em recipientes (panelas e colheres); o uso compartilhado de algodões para filtrar a solução da droga quando esta é puxada para dentro da agulha; e mesmo o compartilhamento de uma mesma solução de droga. Estas práticas têm coletivamente sido denominadas modalidades de compartilhamento indireto, para distingui-las do compartilhamento direto de seringas e agulhas usadas.

Os possíveis riscos adicionais relacionados às práticas de injeção são compreendidos apenas em parte e parecem ser pouco reconhecidos e valorizados como fatores de risco por muitos UDI, e mesmo por alguns pesquisadores e trabalhadores de saúde pública (Koester *et al.*, 1996).

O compartilhamento direto foi definido operacionalmente como “injetar com uma seringa previamente usada por outra pessoa sem desinfetá-la anteriormente com água sanitária, álcool ou água fervendo”, ou seja, sem a utilização de nenhuma estratégia de inativação e/ou eliminação do HIV (Shapshak *et al.*, 1994).

Os itens que são compartilhados talvez sejam contaminados através do contato com uma agulha contaminada no processo de preparação e divisão da droga adquirida. Isto ocorre quando a droga compartilhada é dividida em doses individuais. Este processo se inicia quando o injetador prepara a droga a ser usada com a sua própria seringa, utilizando-a posteriormente para adicionar água ao recipiente que contém a droga. Depois que a droga é dissolvida, o usuário filtra a solução inteira, através de algodão, para dentro da seringa. É importante ressaltar que o algodão nem sempre é utilizado (para filtragem), havendo usuários de drogas menos atentos aos riscos decorrentes da injeção de resíduos. Usando a calibração do canudo da seringa, o preparador divide a solução em doses individuais. Estas doses são então transferidas (esguichadas) da seringa do preparador para dentro do canudo da seringa de outro injetador (*backloading* ou *frontloading*), ou colocadas de volta dentro de um recipiente comum e filtrada através do algodão compartilhado. Nesses casos, a droga, tanto quanto a água, o recipiente e o algodão são compartilhados (Rhodes *et al.*, 1999).

É importante mencionar que a água não é usada somente para enxaguar seringas, mas também para diluir progressivamente a solução de droga. A contaminação da água pode ocorrer em três níveis distintos no processo de preparação e injeção da droga: a) quando os injetadores usam a água para enxaguar ou lubrificar as suas seringas antes da injeção; b) quando a água é utilizada para misturar a droga; e c) depois da injeção, para enxaguar o sangue e os resíduos de drogas para fora da agulha (Koester *et al.*, 1996).

O termo único “compartilhamento de seringa” obscurece os riscos envolvidos no uso coletivo dos equipamentos e materiais de injeção. O conhecimento anterior da associação entre o compartilhamento de seringa e a transmissão do HIV talvez tenha induzido a uma certa limitação da compreensão dos riscos relacionados às

práticas de compartilhamento da parafernália de injeção pelos UDI, porque para muitos o fato de usarem outros materiais (recipientes, colheres, algodões e água) não parecia infringir as recomendações preventivas existentes, que os advertia exclusivamente sobre evitar o compartilhamento direto de agulhas e seringas.

Até hoje, a maioria dos programas de prevenção difundem mensagens dizendo que apenas o uso comum de agulhas e seringas constitui um risco e estas mensagens, por enfocarem exclusivamente o compartilhamento direto de seringas e agulhas, podem distorcer a percepção de segurança e vulnerabilidade dos UDI, uma vez que omitem, ou melhor, negligenciam a relevância e o potencial de risco das demais práticas comuns de injeção. Portanto, existe uma necessidade de programas de intervenção que alertem os UDI quanto ao risco potencial do compartilhamento de outros equipamentos de injeção, além de agulhas e seringas (Jose *et al.*, 1993; Stark *et al.*, 1996; Koester *et al.*, 1996).

Vale ressaltar que somente uma única questão no questionário de “Avaliação do Comportamento de Risco”, desenvolvido pelo Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA), em 1993, avaliava estes comportamentos: “Quantas vezes durante os últimos 30 dias você usou um recipiente, algodão e/ou água para enxaguar que tenham sido usados por alguma outra pessoa?”. Esta questão avalia a frequência exclusivamente agregada de compartilhamento da solução de drogas e dos equipamentos de injeção (Koester *et al.*, 1996).

Em observações registradas por estudos etnográficos em Denver, um ou mais dos itens da parafernália de injeção eram sempre compartilhados quando a solução de droga era utilizada de forma compartilhada (Koester *et al.*, 1996).

- **Formas de compartilhamento de drogas por UDI**

A droga injetável mais utilizada no Brasil, a cocaína (Bastos, 1996), é geralmente vendidas sob a forma de pó, o qual deve ser dissolvido antes da injeção.

O compartilhamento da parafernália de injeção de drogas geralmente ocorre como parte da seqüência de preparação da droga em pó para injeção, onde, em várias e sucessivas etapas do processo, as seringas estéreis podem vir a ser contaminadas. A contaminação pode, por exemplo, ocorrer quando os usuários agitam a mistura de drogas com a extremidade de borracha do êmbolo, transferindo microrganismos da seringa contaminada para o recipiente e vice-versa.

Estudos desenvolvidos em um outro contexto – o holandês –, onde a presença da heroína é marcante, e a despeito de inúmeros programas de prevenção, implementados em grande extensão e precocemente (Van Ameijden & Coutinho, 1998), é comum a reutilização, por parte dos UDI, de suas próprias seringas. Em diversas ocasiões, uma seringa com a qual um UDI já se injetou pode ser passada à frente sem que o próprio usuário tenha conhecimento. Por isso, a reutilização da própria seringa constitui apenas uma “segunda melhor” estratégia para a prevenção do HIV e demais patógenos transmissíveis pelo sangue, porque a reutilização sempre pode estar associada a algum risco (Grund *et al.*, 1996), daí a proposta difundida pelos CDC de “cada injeção uma nova seringa estéril” (Bastos & Strathdee, 2000).

Como é mostrado num relato de um estudo em Roterdã, Grund & Stern (1991), os UDI holandeses injetam geralmente heroína não refinada do Sudoeste da Ásia, adicionando um acidificador para dissolver o pó. Em contraste, muita heroína das ruas de Nova York, originária do Sudeste da Ásia, é obtida sob a forma de hidrocloreto, o qual se dissolve facilmente em água, e não requer acidificação. A preparação de cocaína, anfetamina e heroína pura – esta última normalmente não disponível nas ruas – consiste em dissolver a droga em temperatura ambiente, eliminando, portanto, uma fonte de risco adicional, o compartilhamento de fogareiros e pequenos recipientes associados (*cookers*).

Acredita-se também que o tamanho das seringas e o diâmetro das agulhas explicam parcialmente os diferentes volumes de sangue transferidos. O tipo de seringa usada também é de importância vital. As seringas de 2ml são uma combinação de um canudo de 2ml com uma agulha destacável, enquanto que as seringas de 1ml representam a seringa padrão de administração de insulina, peça única, com seringa e agulha invariavelmente acopladas (Grund & Stern, 1991).

Simulações laboratoriais de compartilhamento de seringas indicam que o volume residual de sangue nas seringas de duas peças é aproximadamente 55 vezes maior que o volume correspondente às seringas utilizadas pelos diabéticos. Esta diferença é explicada pela diferença na construção dos dois produtos. Todas as seringas de 2 ml possuem uma agulha destacável no encaixe plástico, local onde há possibilidade de acúmulo de sangue e depósito de coágulos. Nestas seringas quando o êmbolo é completamente empurrado para dentro do canudo, um espaço –

o encaixe – permanece entre o êmbolo e a agulha. O líquido, geralmente sanguinolento, que permanece neste espaço não pode ser pressionado para fora da seringa. Em contraste, este encaixe é ausente nas seringas de peça única (tipicamente seringas de insulina). Quando o êmbolo nestas seringas é empurrado para dentro do canudo ele virtualmente toca a parte de trás da agulha; então, dificilmente, existe algum espaço em que o líquido possa permanecer (Grund *et al.*, 1996).

O uso de seringas de insulina em Nova York parece em grande parte resultar da disponibilidade limitada das seringas de duas partes, devido a restrições legais. O tipo de seringa usada é geralmente dependente da sua disponibilidade e, em menor grau, das preferências individuais e dos grupos. Numa cidade como Nova York, onde tradicionalmente o interesse da Saúde Pública parece estar subordinado à “guerra às drogas” e sua idéia de controle da oferta de drogas e seringas, o acesso a seringas é restrito¹. A principal fonte ilegal de seringas são os diabéticos, que dão ou (re)vendem seringas para os usuários de drogas injetáveis. Outras fontes são hospitais e clínicas, através de roubo e/ou utilização criminosa do lixo hospitalar, onde as seringas disponíveis são tipicamente unidades de duas partes (Grund & Stern, 1991).

Já em Roterdã e Amsterdã, Holanda, as seringas de duas partes, de 2ml, são as mais populares porque são disponibilizadas pelos programas de trocas de agulhas e seringas, em funcionamento naquelas cidades há 16 anos (Bastos, 1996). O uso das seringas 2 ml de duas peças na Holanda é resultado desta ampla disponibilidade, porque a maioria das trocas de seringas holandesas oferecem basicamente este tipo de equipamento (Grund & Stern, 1991).

Os resultados do estudo realizado por Abdala e cols. (1999), anteriormente citados, ajudam a reforçar as evidências de que o tipo e o tamanho das seringas utilizadas para injeção são importantes, porque o volume residual varia. Na Europa, onde as seringas de 2 ml com agulhas destacáveis são usadas, volumes da ordem de 30 μ l são retidos dentro das seringas utilizadas, enquanto que nos EUA, onde as seringas mais utilizadas são de 1 ml (seringas para administração de insulina), o volume residual de sangue em média é menor do que 2 μ l quando o êmbolo é totalmente empurrado até tocar na base. Assim, a duração e a viabilidade do HIV-1

parecem depender de um fator importante, que é o volume de sangue que permanece nas seringas. Portanto, as seringas com agulhas destacáveis estariam associadas a um risco ampliado com relação à transmissão do HIV-1, uma vez que comportam mais sangue entre o êmbolo e a base e porque a própria reposição de agulhas pode aumentar o tempo de circulação de cada seringa.

As formas observadas de compartilhamento indireto são descritas a seguir:

“Registering” e “booting” (morceguinho) são práticas de UDI nas cenas de uso que reduzem a diluição exclusiva da droga na água, diluindo parcial ou totalmente a droga diretamente no sangue, ficando a droga mais concentrada e com isso provavelmente aumentando os riscos de transmissão do HIV, uma vez que permitem um aumento da superfície interna das seringas exposta ao sangue infectado (Grund *et al.*, 1996)

Registering ("certificação") é definido como sendo o sangue aspirado para dentro da seringa para verificar a punctura venosa, e *booting* envolve forrar as paredes internas da seringa com pó e deixar o sangue entrar e sair repetidas vezes, diluindo gradualmente todo o conteúdo (McCoy *et al.*, 1998)

Frontloading

Quando drogas injetáveis são compartilhadas por *frontloading*, uma dose de droga é preparada em um recipiente e colocado dentro de uma seringa. Esta seringa é então usada para medir e distribuir porções proporcionais de droga para as seringas das demais pessoas envolvidas no evento de compartilhar drogas. Este procedimento de compartilhar drogas, o qual na Holanda é algumas vezes referido como “streepjes delen” (compartilhamento de listras da graduação da seringa), ocorre da seguinte forma: a agulha é removida do encaixe de uma seringa receptora e o êmbolo puxado para trás. A agulha da seringa doadora é então inserida através do encaixe da frente da seringa receptora, e uma parte da solução é esguichada dentro dela. Como o sangue remanescente tende a se concentrar próximo à agulha, o risco de infecção talvez seja maior quando a técnica utilizada é a de *frontloading*

¹ Situação parcialmente alterada com a abertura de diversos programas de troca de seringas (Des Jarlais *et al.*, 1998).

que no *backloading* (descrito a seguir), já que a agulha contendo partículas virais ou células infectadas é inserida através do buraco de encaixe da seringa receptora. Obviamente, esta técnica somente pode ser usada quando a seringa receptora tem uma agulha destacável (Grund *et al.*, 1996).

Frontloading Reverso

Esta é uma variante da técnica *frontloading*. Aqui, a agulha é removida da seringa do doador, e a agulha da seringa receptora é inserida através do encaixe da seringa doadora, sendo a solução colocada dentro dela. Esta técnica também requer que a seringa do doador seja uma unidade de duas peças. Ambos, *frontloading* e *frontloading* reverso, são geralmente encontradas em áreas onde as seringas são de duas partes.

A prática do *frontloading* reverso talvez determine riscos substanciais no sentido receptor-para-doador. É mais difícil transferir deste modo a quantidade certa de solução de drogas, já que bolhas de ar podem também ser aspiradas para dentro da seringa do receptor (Grund *et al.*, 1996).

Backloading

Em muitas regiões, incluindo Nova York e diversas outras cidades norte americanas e européias, os UDIs predominantemente injetam com seringas de diabéticos de uma peça (usualmente 1 cc). Nessas áreas pode-se observar compartilhamento de drogas por *backloading*. No *backloading*, o êmbolo é retirado da seringa receptora, expondo a parte de trás da seringa, e a agulha da seringa doadora é inserida dentro da abertura de trás, para transferência da solução da droga. Este processo pode envolver a transferência de HIV-1 e demais patógenos de transmissão sangüínea, através do uso de solução de droga contaminada (Shah *et al.*, 1996). Outra variante freqüente dessa prática indireta é a transferência da droga de uma seringa para a outra através de uma colher.

Os UDI se empenham no compartilhamento indireto através da seringa porque isto permite dividir a droga com exatidão e precisão, minimizando os riscos de *overdose*.

Dada a dificuldade do *backloading* e o risco de derramar a solução da droga no processo, é surpreendente a frequência com que alguns usuários de drogas lançam mão desta prática.

Armazenagem de drogas na seringa

Uma variante, observada por Grund e colaboradores (1996), nas cidades de Roterdã e Nova York, é quando uma seringa é usada como receptáculo de armazenagem. Neste caso, a solução da droga é preparada para muitas injeções e estocada na seringa, geralmente de duas peças, de 2 ou 3 ml, as quais normalmente não são usadas para injetar. Esta solução é consumida em várias injeções e durante um dado período de tempo. A solução é esguichada dentro da seringa receptora, por *frontloading*, *frontloading reverso* ou *backloading*.

Compartilhando por recipiente

Alguns usuários compartilham recipientes (de preparação da solução de drogas) porque acham difícil dividir as drogas através do *backloading*. Esta técnica, descrita por Grund e cols. (1996), é utilizada mais comumente para que o injetador possa pré-medir o volume de droga a ser administrada individualmente, colocando a solução dentro de uma seringa até uma certa faixa. Depois de acordada a divisão da droga propriamente dita, o excesso é derramado pela parte de trás da seringa de volta no recipiente; logo após o conteúdo do recipiente é aspirado por outras seringas dos demais usuários.

Usuários de *speedball* (heroína misturada com cocaína) freqüentemente cooperam na aquisição de suas drogas (a um custo menor dado o volume da aquisição e/ou de forma a expor exclusivamente um ou poucos usuários nos diferentes pontos de venda), uma pessoa ou grupo compra a heroína e uma segunda pessoa ou grupo compra a cocaína, este procedimento freqüentemente envolve compartilhamento de drogas através de seringas. Na preparação da mistura de cocaína e heroína para injetar *speedball*, no Brooklyn, as duas drogas são algumas vezes preparadas em dois diferentes recipientes e com duas seringas. A solução de cocaína é então esguichada dentro da seringa contendo heroína, e a metade do resultado da mistura é então transferida da segunda seringa para dentro

da primeira seringa (Grund *et al.*, 1996). Esta prática também tem sido reportada entre os UDIs em Miami e outras localidades do Sul da Flórida (*apud* Grund *et al.*, 1996).

Compartilhando integralmente uma “partida” de drogas

Embora esta modalidade nunca tenha sido observada nos estudos realizados em Roterdã e Nova York por Grund e cols. (1996), a técnica de compartilhar integralmente uma “*partida*” de drogas era utilizada antes dos anos 80 entre UDI da cidade de Nova York. Depois de dissolvida, a droga é colocada dentro de uma seringa. O primeiro usuário injeta metade do conteúdo desta seringa, e então o segundo usuário injeta o conteúdo remanescente, incluindo o “flag” (o sangue aspirado para a seringa para ver se a agulha esta na veia), do primeiro usuário. Esta técnica é então a combinação do compartilhamento da droga e compartilhamento da seringa.

Estudos empíricos sobre a freqüência das práticas de compartilhamento indireto e sua associação com a transmissão do HIV

Estudos epidemiológicos, etnográficos e laboratoriais têm encontrado evidências de que as práticas de preparação de drogas carregam sangue contaminado aos equipamentos de injeção e às soluções de drogas.

Em um estudo multicêntrico financiado pelo NIDA, realizado entre 1991 e 1995, onde mais de 12.000 UDI foram recrutados de 19 regiões dos EUA, foram analisados as duas modalidades anteriormente descritas de preparação de drogas e práticas de injeção associadas à infecção pelo HIV e demais patógenos de transmissão sangüínea: uso de agulhas/seringas previamente utilizadas por outro UDI e o uso comum de parafernália de injeção (McCoy *et al.*, 1998).

Neste estudo, observou-se que a preparação da droga e as práticas de injeção relacionadas à reutilização de recipientes, algodões, água foram mais freqüentes que as práticas “inseguras” relacionadas à reutilização de agulhas/seringas.

Dos 12.323 UDI entrevistados, 31,9% (3.935) reportaram ambos os comportamentos de risco – compartilhamento de agulhas/seringas e de recipientes/algodão/água – previamente utilizados por outros UDI. Dos 6.235 UDI que relataram não usar a parafernália (que não seringas e agulhas) previamente utilizada por outros UDI, 1.054 referiram a utilização de agulhas/seringas previamente usadas. Dos 7.334 UDI que não reportaram compartilhamento direto, 2.153 referiram o uso de parafernália (excluídas agulhas e seringas) que já havia sido utilizada anteriormente por outros UDI.

Dos 7.142 injetadores que mencionaram tanto o compartilhamento direto quanto o indireto de equipamentos previamente utilizados por outros UDI, o número médio de eventos com potencial exposição ao HIV foi substancialmente mais elevado (mais do dobro de vezes) com relação ao compartilhamento de equipamentos outros de injeção (que não seringas e agulhas) do que o compartilhamento de seringas e agulhas propriamente ditas.

O grupo com maior potencial de exposição aos patógenos transmissíveis pelo sangue foram os usuários que compartilharam ambos os conjuntos de elementos – agulhas/seringas e recipientes/algodões/água – previamente utilizados por outros UDI (McCoy *et al.*, 1998).

Os resultados de um estudo realizado em Denver, Colorado, foram similares. O porcentual de usuários que compartilharam água para enxagüe, algodão e recipiente (72%), foi duas vezes maior do que aquele referente ao compartilhamento de seringas e agulhas. Isto sugere que o potencial de risco associado ao uso comum de água, algodão, recipiente e ao compartilhamento da solução da droga é desconhecido para muitos injetadores (Koester *et al.*, 1996).

Nas análises multivariadas deste estudo (Koester *et al.*, 1996), observou-se que quatro variáveis estavam significativa e independentemente associadas a estes comportamentos de risco relacionados à injeção. A prática de compartilhamento indireto foi duas vezes mais freqüente entre os UDI que injetavam heroína do que entre aqueles não injetavam heroína. Similarmente, UDI com parceiros sexuais que também eram usuários de drogas injetáveis praticaram com freqüência três vezes maior o compartilhamento indireto do que aqueles que não tinham parceiros sexuais UDI.

O estudo também avaliou a importância das intervenções comunitárias para diminuir os riscos de infecção pelo HIV através do compartilhamento indireto. Aqueles UDI que não reportaram qualquer participação nas intervenções comunitárias anteriores relataram praticar o compartilhamento indireto com frequência duas vezes maior do que aqueles que tinham recebido intervenção anterior. As intervenções comunitárias demonstraram, portanto, desempenhar um papel protetor.

Este estudo mostrou finalmente também que os UDI que acreditavam que a probabilidade de contrair o HIV (por todos os meios, sem especificação) era maior ou igual a 50% praticaram o compartilhamento direto e indireto com frequência 2,5 vezes maior que aqueles que achavam que as chances eram menores do que 50% (Koester *et al.*, 1996), ou seja, estes UDI possuíam uma percepção adequada dos riscos a que estavam sujeitos, embora isso não fizesse com que alterassem de forma consistente seus comportamentos, o que já foi verificado em outras populações, inclusive no Brasil, entre homossexuais masculinos (Souza *et al.*, 1999).

Outro achado da literatura (Diaz *et al.*, 1998), em estudo multicêntrico (12 estados) norte-americano, aponta que UDI que conhecem o seu *status* de infecção do HIV há menos de um ano tendem a compartilhar menos. O conhecimento do *status* da infecção pelo HIV constituiria, portanto, uma estratégia adicional no sentido de reduzir o compartilhamento de equipamento de injeção entre UDI.

Em Bushwick, um distrito do Brooklyn, em Nova York, um estudo avaliou o quanto o compartilhamento indireto de seringas estaria associado à soropositividade para o HIV entre UDI. Este estudo revelou que da amostra total (660 UDI), a prevalência da infecção pelo HIV se mostrou mais elevada entre os UDI que consumiam drogas via *backloading* nos dois anos anteriores à entrevista. Aproximadamente 53% daqueles que fizeram *backloading* eram positivos para os anticorpos anti-HIV, enquanto que menos de 34% daqueles que não utilizaram esta prática eram soropositivos (OR:2,2; P<0,0001) (Jose *et al.*, 1993). Tal associação se manteve nos procedimentos multivariados, analisadas as possíveis variáveis de confundimento. A variável “consumir drogas por *backloading*” nos dois anos anteriores ao estudo permaneceu positiva e significativamente associada à soropositividade para a infecção pelo HIV no modelo final de regressão logística.

Entretanto, os achados deste e de estudos anteriores sobre estes tópicos não são inteiramente consistentes. Samuels *et al.* (*apud* Jose, 1993) não conseguiram

demonstrar que o compartilhamento indireto de drogas através da seringa estava associado à infecção pelo HIV entre os UDI em Baltimore. Diferenças na metodologia e critérios de mensuração parecem explicar parcialmente as diferenças nos resultados.

Como vimos anteriormente, os achados epidemiológicos acerca dos riscos adicionais (ou seja, decorrentes de compartilhamentos outros que não os das seringas e agulhas diretamente) vêm sendo corroborados pelos dados biológicos, conferindo plausibilidade biológica à hipótese de transmissão por estes comportamentos (Koester *et al.*, 1996).

É importante dizer que embora o risco da transmissão do HIV que envolvem estas práticas de compartilhamento indireto seja ainda desconhecido, a detecção do DNA do HIV-1 em algodões, recipientes e água para enxague das galerias de pico em Miami tem sido consistente, conferindo materialidade à preocupação e interesse epidemiológico ao achado de que o uso de parafernália durante a preparação e administração da solução de drogas provavelmente contribui para a difusão da infecção pelo HIV nesta população (Shah *et al.*, 1996).

Uma vez que o DNA do HIV-1 tem sido encontrado predominantemente em células infectadas obtidas através de enxagües de agulhas e seringas, a limpeza dos equipamentos de injeção com alvejante (água sanitária, hipoclorito de sódio) pelos UDI talvez destrua ou lise as células, reduzindo (ou mesmo eliminando) a infectividade do vírus. Entretanto, os estudos anteriores têm mostrado que um pequeno percentual de células mononucleares do sangue periférico permanece viável depois que elas são expostas a soluções de alvejantes diluídos por poucas horas (Shapshak, *et al.*, 1994). Além disso, o trabalho de Gleghorn *et al.* (1994) demonstra que o tempo real (observado de fato) de lavagem com hipoclorito de sódio por parte dos UDI é bastante inferior ao tempo por eles referido.

CAPÍTULO III

RISCOS VINCULADOS À EXPOSIÇÃO SEXUAL

Embora haja um declínio recente da incidência da AIDS em diversas populações nos países desenvolvidos, a incidência do HIV permanece elevada entre certas populações nestes mesmos contextos, tais como homens jovens que fazem sexo com outros homens (Stall *et al.*, 1997) e usuários de drogas injetáveis (vide capítulo anterior), e um aumento da participação proporcional das mulheres, em epidemias regionais diversas, inclusive na brasileira (Lowndes *et al.*, 2000). A proporção dos casos de AIDS diagnosticados entre as mulheres tem aumentado de forma constante em muitas regiões dos Estados Unidos (Strathdee *et al.*, no prelo) e a difusão do HIV/AIDS nas mulheres é especialmente relevante no Brasil (Szwarcwald *et al.*, 1998). As mulheres totalizavam 23% dos casos de AIDS reportados entre todos os adultos nos Estados Unidos até 1998, o qual representa mais que o dobro da década passada (Strathdee *et al.*, no prelo).

No Brasil existe uma tendência de estabilização da mortalidade devido à AIDS entre os homens, especialmente na faixa etária mais atingida (25-34 anos), tendência verificável antes mesmo da introdução e disponibilização das terapias com anti-retrovirais de alta potência. Entretanto, o mesmo não se verifica em relação às mulheres (Lowndes *et al.*, 2000).

O uso de drogas injetáveis constitui um fator central na difusão do HIV entre mulheres, ao colocar sob risco ampliado de infecção as mulheres que injetam e as mulheres parceiras sexuais de homens que injetam (geralmente, com elevados níveis de soroprevalência para a infecção pelo HIV). Nos EUA, o número de casos de AIDS entre mulheres que usam drogas injetáveis é de 42% do total dos casos registrados entre mulheres. No Brasil, o número de mulheres UDI é substancialmente menor do que no contexto norte-americano, mas a transmissão do HIV para as mulheres é substancialmente afetada pelas relações sexuais desprotegidas com parceiros UDI (Bastos, 1996). De modo geral, o aumento da incidência de infecção pelo HIV entre as mulheres sugere a necessidade de se avaliar os fatores sociais e ambientais que impediriam/dificultariam a redução dos comportamentos de risco com relação ao HIV no sentido de práticas mais seguras (Strathdee *et al.*, no prelo).

Em diversos estudos, as diferenças entre os gêneros têm sido observadas tanto em relação às práticas de injeção como às práticas sexuais de risco. Barnard (1993) verificou que as mulheres da Grã-Bretanha eram mais relutantes, quando comparadas aos homens, em participar dos programas de troca de seringas, devido ao grande medo de estigmatização social.

Brown e Weissman (1993) observaram, num estudo multicêntrico do NADR (“Pesquisa Nacional de Projetos Modelares em AIDS”, EUA), que mulheres usuárias de drogas relatavam, com maior frequência que os homens, que os seus parceiros sexuais injetavam drogas (Latkin *et al.*, 1998). Entretanto, os resultados do estudo realizado por Latkin e cols. (1998), com uma amostra de participantes do programa SAFE (estudo que integra o programa ALIVE, coorte de usuários de drogas injetáveis em Baltimore, Maryland, EUA) sugeriram que os homens UDI relatavam, com maior frequência do que as mulheres, o uso de drogas injetáveis nas residências das suas próprias famílias de origem, em áreas semipúblicas e em galerias de pico, e relatam também com maior frequência o hábito de se injetarem sozinhos. As análises multivariadas revelaram, por outro lado, que as mulheres, quando comparadas aos homens, relataram maior sobreposição entre os riscos sexuais e os decorrentes do uso compartilhado de drogas com o próprio parceiro, isto é, mais da metade das mulheres que residem com um parceiro relatam que este parceiro foi/é um usuário de drogas.

A ampla maioria dos estudos desenvolvidos em UDI sugerem que as infecções pelo HIV nesta população devem-se, basicamente, ao compartilhamento de agulhas, presumindo, ora de forma explícita, ora implícita, que a transmissão devido aos riscos sexuais tenha relevância secundária. Outros estudos (revisados por Strathdee *et al.*, no prelo) discutem o fato de os riscos sexuais estarem presentes, embora “escondidos” pelos riscos parenterais. Devido às dificuldades no recrutamento e no seguimento de UDI em atividade, poucas publicações sobre esta população têm examinado prospectivamente ambos os conjuntos de fatores de risco para a infecção do HIV: aqueles de relevância específica nesta população, relacionados à injeção compartilhada de drogas, e aqueles outros relacionados ao sexo desprotegido. Em particular, existe uma falta de dados relativos aos fatores de risco para o HIV entre mulheres UDI. Nas análises multivariadas, de amostras habitualmente pequenas e de composição, quase invariavelmente, não-aleatória, os

riscos de exposição parenteral sobressaem e freqüentemente confundem a análise de outros fatores de risco (revisado por Strathdee *et al.*, no prelo).

Um bom exemplo da dificuldade de se avaliar simultaneamente os fatores de risco relacionados à injeção de drogas e ao sexo desprotegido em populações de difícil acesso, é o próprio trabalho de Strathdee e cols. (no prelo), que precisou reunir dados relativos a 10 anos da coorte ALIVE para obter poder estatístico que permitisse avaliar cuidadosamente determinadas associações.

Neste estudo, entre os homens, uma renda anual elevada e um nível de educação elevado se mostraram inversamente associados à soroconversão para a infecção pelo HIV, mas este não era o caso para as mulheres. O comparecimento em galerias de pico se mostrou também associado a uma incidência mais elevada para a infecção pelo HIV, mas exclusivamente entre os homens. Já entre as mulheres, a incidência do HIV era mais elevada para aquelas que reportaram o uso de *crack*; embora uma associação similar não tenha sido observada entre os homens (Strathdee *et al.*, no prelo).

Ainda neste estudo, as diferenças de gênero foram mais marcantes em termos de riscos sexuais. Homens que relataram ter-se engajado recentemente em práticas homossexuais tinham quatro vezes mais chances de vir a se infectar com o HIV. Entre as mulheres, a incidência do HIV era duas vezes mais alta entre aquelas que relataram ter feito recentemente sexo (desprotegido) com outro UDI (Strathdee *et al.*, no prelo). Um dos poucos preditores comuns da soroconversão para a infecção pelo HIV, entre homens e mulheres integrantes deste estudo, era a idade jovem. Entre UDI que tinham idade de 30 anos ou menos as taxas de soroconversão foram duas vezes elevadas quando comparados com aqueles com idade acima de 40 anos ou mais (Strathdee *et al.*, no prelo). Este achado é consistente com trabalhos anteriores que indicam que UDI jovens estão mais propensos a se engajar no compartilhamento de agulhas e seringas, e em outros comportamentos que determinam riscos elevados de adquirir infecções pelo HIV ou pelos vírus da hepatite B ou C (Friedman *et al.*, 1998).

Apesar de duas décadas de pesquisas sobre HIV/AIDS, os homens que fazem sexo com outros homens que também injetam drogas permanecem como uma população especialmente oculta, da qual pouco se sabe (Rhodes *et al.*, 1996). Estes homens provavelmente experimentam duplo risco de infecção pelo HIV, através do compartilhamento dos equipamentos de injeção e do sexo anal

desprotegido, ambos os quais provavelmente sejam mais comuns entre homens que negociam sexo por dinheiro ou drogas (Rhodes *et al.*, 1996).

Em um outro estudo desenvolvido com mulheres HIV-soropositivas no Brooklyn, Nova York, a incidência de HIV foi duas vezes mais alta entre mulheres que reportaram ter tido uma infecção/doença sexualmente transmissível nos seis meses anteriores ao estudo, em relação àquelas que não referiram ter tido qualquer infecção desta natureza. Independente de ser um marcador biológico de sexo inseguro, muitas doenças sexualmente transmissíveis comuns (por exemplo, a sífilis, a herpes genital e as infecções por clamídia) são também reconhecidamente cofatores da transmissão do HIV (Aral, 1993), sugerindo que deveria ser dada maior ênfase ao *screening* de DSTs e ao tratamento destas afecções na população de UDI.

A utilização de drogas como o *crack*, uma variedade de cocaína em pedra, fumada, tem sido também associada com o aumento das taxas de infecções sexualmente transmissíveis, incluindo gonorréia, sífilis e cancróide (Bastos *et al.*, 2000). Muitos estudos têm documentado a contribuição do *crack*, simultânea ou não ao consumo de cocaína injetável, na difusão da epidemia do HIV entre as mulheres. A associação entre uso de drogas e comportamento sexual de risco, e em particular o uso de *crack*, é complexo e varia com a quantidade consumida e o grau de gravidade deste consumo. Em doses reduzidas, o consumo de cocaína parece aumentar o interesse na atividade sexual e contribuir para uma menor inibição sexual, enquanto em altos níveis, aumentaria o interesse sexual de forma nem sempre funcional (podendo haver, por exemplo, disfunção erétil nos homens), e está associado a “trocas” de sexo por drogas, visando financiar um hábito crescentemente dispendioso (Novotná, *et al.*, 1999).

De uma forma geral, os usuários de cocaína injetável, se comparados àqueles que injetam heroína, têm maior número de parceiros sexuais, fazem sexo sem preservativo com maior frequência com outro UDI e mais frequentemente negociam sexo por drogas. (Camacho, *et al.*, 1996). Substâncias psicoativas podem igualmente modular o comportamento, no sentido de realçar comportamentos de risco pré-existentes, até então inibidos (Bastos *et al.*, 2000).

As conseqüências adversas da sífilis e demais DST são provavelmente mais severas nas pessoas gravemente imunocomprometidas, além disso, mulheres HIV-soropositivas que não praticam sexo seguro estão sob risco de adquirir, simultaneamente, DST adicionais (Novotná *et al.*, 1999).

A recente utilização de heroína, *crack* ou cocaína em pó (cheirada ou injetada) tem também importante efeito sobre a própria percepção das doenças. O estudo de Novotná *et al.* (1999) mostra ainda que as usuárias de drogas tinham pior qualidade de vida, percepção deficiente de condições físicas adversas e do seu estado mental (frente às não-usuárias de drogas). Isto poderia ser consequência de diversos fatores. Em primeiro lugar, as mulheres usuárias de drogas carregam muitas “cargas” na sua vida cotidiana, principalmente pelo próprio estado de saúde (quase invariavelmente, precário) em que se encontram e do impacto negativo dos seus hábitos de consumo sobre a capacidade de demandar serviços de ajuda necessários à melhoria da sua própria qualidade de vida (Novotná *et al.*, 1999). Em segundo lugar, o consumo de drogas por si só atua na diminuição do nível geral de percepção, e, freqüentemente, está associado à depressão e à ansiedade (Novotná, *et al.*, 1999).

Em um outro estudo, que avaliou a relação entre disfunção psicológica e comportamentos de risco para o HIV, verificou-se que níveis mais elevados de disfunção psicológica estavam significativamente relacionados a três comportamentos no âmbito das práticas de injeção de risco: a utilização de equipamentos usados, um maior número de pessoas com quem compartilhar estes equipamentos usados e o compartilhamento de equipamentos usados com estranhos, e a três variáveis relacionadas ao comportamento sexual de risco: maior número de parceiros sexuais, sexo desprotegido com outros UDI e troca de sexo por dinheiro e/ou drogas (Camacho *et al.*, 1996). Estes achados clarificam o efeito independente de sintomas psicológicos relativos a outras características como gênero, uso de cocaína ou de *speedball* (cocaína e heroína, simultaneamente (Camacho *et al.*, 1996).

Vários estudos relacionados aos homossexuais masculinos (de um modo geral), mostram que o consumo de drogas e álcool constituem fatores de risco para “recaída” no sentido de um comportamento sexual inseguro. Em amostras de adolescentes, o uso de álcool tem-se mostrado, igualmente, associado a comportamentos sexuais de risco. O consumo de álcool também tem sido identificado como um fator de risco para o comportamento sexual relacionado ao HIV em jovens delinqüentes e indivíduos mentalmente doentes, como também entre as mulheres parceiras de homens infectados (Latkin *et al.*, 1996). No entanto, ainda é obscura a possível associação entre o consumo de álcool e os comportamentos de

risco para a infecção pelo HIV na população heterossexual adulta de um modo geral (Latkin *et al.*, 1996).

Num estudo realizado com UDI da Polônia, recrutados em duas unidades de desintoxicação em Varsóvia, verificou-se uma freqüência muito baixa de uso sistemático de preservativos, entre os 72% do total de UDI que relataram contato sexual no período de 6 meses anteriores à entrevista, apenas 19% referiram sempre usar preservativos. A freqüência de uso de preservativos não se mostrou associada com o relato prévio de mudança de comportamento no período anterior ao estudo, nem com as demais variáveis, como o número de parceiros sexuais (Stark *et al.*, 1996). Preocupante é o fato dos participantes não se protegerem no conjunto das suas relações sexuais, inclusive nas suas práticas sexuais com parceiros não-UDI, indicando o alto potencial de transmissão de HIV no âmbito da população geral na Polônia. Portanto, faz-se necessário que as atividades preventivas não só enfoquem o comportamento de risco associado às práticas de injeção, mas também, invariavelmente, os riscos decorrentes das práticas sexuais desprotegidas (Stark *et al.*, 1996).

Indo de encontro a certos lugares-comuns, a maioria dos estudos sobre o uso de drogas injetáveis mostram que os UDI são, via de regra, sexualmente ativos. Um recente estudo de Londres, por exemplo, revelou que 80% dos usuários de drogas injetáveis relataram intercurso sexual vaginal ou anal nos 6 meses anteriores à entrevista, 2/3 deles pelo menos uma vez na semana (Rhodes *et al.*, 1996). Apesar de diferentes critérios de seleção e formas de avaliação, outros estudos apontam para proporções similares de UDI sexualmente ativos: 77% (Van den Hoek *et al.*, 1990), 77% (Donoghoe *et al.*, 1989), 82% (Klee *et al.*, 1990a), 86% (Coleman & Curtis, 1988) (citados por Rhodes *et al.*, 1996).

Os estudos revisados por Rhodes *et al.*, (1996) também indicam maior freqüência de uso de preservativo com parceiros casuais do que com parceiros primários. Recentes achados em Londres, por exemplo, mostram que, nos 6 meses anteriores à entrevista de inclusão no estudo, 68% dos usuários de drogas injetáveis nunca usaram preservativos com parceiros primários e cerca de um terço (34%) nunca usaram preservativos com parceiros casuais (Rhodes *et al.*, 1996).

A maioria dos estudos de Reino Unido concluem que o uso de preservativo entre UDI e seus parceiros sexuais permanece em níveis insuficientes para prevenir a transmissão sexual do HIV nestas populações, dada a elevada freqüência de

mudanças de parceiros nestas populações, somada a uma minoria significativa de injetadores que também compartilharam equipamentos de injeção usados com pessoas diferentes de seus parceiros sexuais (Rhodes *et al.*, 1993).

Há diversas evidências também de que existe uma associação estreita entre o uso injetável de droga e a prostituição feminina. Dados referentes a Londres, mostram que entre as trabalhadoras do sexo atendidas em clínicas para o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST), 14% das mulheres injetavam drogas, proporção que se eleva para 33% daquelas contactadas por agentes de saúde nas ruas (Rhodes *et al.*, 1996).

Estudos relativos aos usuários de drogas injetáveis de uma forma geral, também indicam uma elevada proporção de mulheres usuárias envolvidas em prostituição. Recentes estimativas apontam para valores de cerca de 14% em Londres e 22% em Glasgow, para períodos de 6 meses antes do momento de entrevista (Rhodes *et al.*, 1993). Existem evidências menos consistentes do uso de drogas injetáveis entre homens engajados na prostituição (Bloor *et al.*, 1992 *apud* Rhodes *et al.*, 1996).

No caso das mulheres trabalhadoras do sexo, aquelas que são usuárias de drogas injetáveis, relatam, sistematicamente, níveis mais elevados de uso de preservativos com parceiros que pagam do que com parceiros não pagantes. Em Glasgow, por exemplo, mulheres UDI envolvidas na prostituição reportaram quase 100% de uso de preservativo com parceiros pagantes, comparados com 9% de uso de preservativo com parceiros primários não pagantes e 22% com parceiros casuais não pagantes (Rhodes *et al.*, 1996).

Os estudos longitudinais sobre mudança de comportamento sexual entre usuários de drogas injetáveis evidenciam escassas mudanças, embora alguns estudos apontem para uma redução no número de parceiros sexuais e de encontros “sexuais”, e níveis mais elevados do uso de preservativo (Des Jarlais *et al.*, 1992; Calsyn *et al.*, 1992 *apud* Rhodes *et al.*, 1996). A ausência de mudanças substanciais no comportamento sexual, se comparada às mudanças mais expressivas de comportamento ligadas ao uso de drogas nesta população, provavelmente está relacionada a uma combinação de fatores. Estes incluem a avaliação por parte dos próprios UDI quanto ao risco sexual como “risco menos relevante” frente aos riscos vinculados ao hábito de injetar drogas; os problemas quanto à tradução do conhecimento sobre risco sexual veiculados pelos programas preventivos nas

práticas cotidianas dos indivíduos; e as noções, freqüentemente, associadas de “identidade” e “responsabilidade”, as quais têm sido estabelecidas e reforçadas dentro de comunidades de usuários de drogas injetáveis com relação quase exclusivamente às práticas de compartilhamento e uso de drogas (Rhodes & Truque, 1996). Também os próprios profissionais de saúde têm enfatizado mais os riscos ligados à injeção compartilhada de drogas.

Os comportamentos de risco não são simplesmente o resultado de um conhecimento individual, pontos de vista e comportamentos, mas são também influenciados por interações interpessoais com outros UDI. A redução de risco é raramente consequência exclusiva de alguma decisão ou ação individual, mas é influenciada por ações negociadas entre indivíduos e por normas sociais e valores (Rhodes & Quirk, 1998). Infelizmente, estas relações sociais vinculadas à “administração dos riscos” no âmbito das relações sexuais entre usuários de drogas e seus parceiros são pobremente compreendidas.

É importante saber que em estudos epidemiológicos, as categorias de “comportamentos de risco” e “de grupos de risco”, informam e definem os limites das pesquisas de comportamento psicossocial que investigam os determinantes de comportamento de risco individual e estilo de vida, modelo freqüentemente inadequado para investigar as realidades sociais complexas de aceitabilidade de risco, percepção de risco, avaliação de risco, e mudança de comportamento.

Daí o papel indispensável da pesquisa sociológica e antropológica na adequada descrição dos significados pessoais e sociais dos indivíduos e dos grupos de indivíduos para avaliar os comportamentos específicos categorizados como “arriscados” pelos epidemiologistas. Isto significa, descrever o comportamento no contexto do que os próprios usuários entendem dos seus próprios comportamentos. Comportamentos ditos “arriscados” pelos epidemiologistas fazem parte de um contexto social onde são enfocados de forma mais ampla a cultura e os significados associados àquilo que os usuários freqüentemente vêem e experimentam como “normal”, racional, até mesmo trivial (Rhodes & Quirk, 1998).

Objetivo geral:

Determinar os comportamentos de risco e as taxas de infecção pelo HIV entre UDI, recrutados nas "ruas" (comunidades), na cidade do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos:

1. Descrever para a população sob estudo conhecimentos, atitudes e práticas correlacionados ao risco de infecção pelo HIV ou à proteção com relação a esta infecção;

2. Identificar fatores de risco para a infecção pelo HIV, discutindo os achados à luz dos estudos anteriores.

3. Fornecer subsídios para futuros programas de intervenção, incorporando elementos nunca avaliados anteriormente tais como: iniciação no hábito de injetar, riscos decorrentes de equipamentos de injeção que não agulhas e seringas; agravos à saúde dos UDI, infecciosos ou decorrentes de reações adversas das próprias substâncias utilizadas; ameaças à integridade física dos UDI; barreiras ao tratamento dos UDI etc.

Metodologia

População

Foram analisados dados obtidos a partir da aplicação de um questionário elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo National Development and Research Institutes (NDRI)/Beth Israel Research Support Unity (Investigador Principal Don des Jarlais), Nova York, EUA, para compor a fase II do Estudo Multicêntrico sobre Drogas Injetáveis (1999-2001), patrocinado pela OMS em cerca de 30 países. A amostra aqui analisada corresponde aos primeiros 258 usuários de drogas recrutados pelo projeto "nas ruas" (teve lugar anteriormente um componente que avaliou usuários de drogas institucionalizados), considerando-se para a

presente dissertação exclusivamente aqueles que fazem ou fizeram uso de drogas injetáveis, o que perfaz um total de 246 usuários de drogas.

No âmbito do Projeto Multicêntrico serão igualmente abrangidas outras populações, a saber: usuários de drogas (de uma forma geral) atendidos em centros de tratamento para abuso de drogas e usuários de drogas que jamais fizeram uso da via injetável.

Em 1989, em resposta à epidemia do HIV entre usuários de drogas, a OMS iniciou estudo comparativo internacional sobre o comportamento de uso de drogas injetáveis e infecção pelo HIV envolvendo 13 cidades em todo o mundo. O estudo coletou dados, que foram utilizados como fonte de informação para programas nacionais e internacionais, abrangendo também outras questões relevantes para o desenvolvimento de pesquisas referentes a esta população. Este estudo, empreendido entre 1989-1992, chegou a achados relevantes, entre eles:

- Os UDI podem alterar seus comportamentos de risco em resposta a intervenções adequadas;
- A prevenção do HIV é mais eficaz quando implementada precocemente;
- A difusão do HIV pode ser controlada e as epidemias de HIV/AIDS estabilizadas.

O resultado da fase I do estudo teve um impacto significativo no desenvolvimento de políticas e de programas nacionais e internacionais, justificando as seguintes recomendações:

- Reforçar as análises nos países em desenvolvimento e as “novas epidemias”;
- Monitorar as alterações na prevalência do HIV ao longo do tempo, em diferentes contextos;
- Desenvolver métodos de avaliação rápida;
- Estudar a difusão do HIV de forma integrada às demais consequências adversas para a saúde (como as infecções pelo HBV e HCV, *overdoses* etc.), e
- Vincular as pesquisas ao desenvolvimento de políticas e intervenções.

Como resultado, uma segunda fase do projeto foi lançada em 1995 com ênfase nos países em desenvolvimento e em países em transição, que normalmente dispõem de menos informações confiáveis em que basear suas políticas de prevenção.

A fase II do projeto da OMS visa implementar tanto o “Manual de Avaliação e Resposta Rápida” (IDU-RAR) como o “Inquérito epidemiológico sobre uso de drogas injetáveis” (IDU-SI) (objeto desta dissertação) em 21 cidades de países em desenvolvimento e de países em transição, avaliando os dados sócio-demográficos e comportamentos de risco de usuários de drogas injetáveis frente à infecção pelo HIV e as respectivas taxas de infecção.

Vários países, como Argentina, Brasil, China, Colômbia, Índia, Quênia, Nigéria, Federação Russa etc. apresentaram em reunião realizada em outubro de 2000, em São petesburgo, os perfis de suas cidades e países, e planos de pesquisa para completar a implementação da fase II.

O desenho do estudo, desenvolvido pela OMS em cooperação com os centros de coordenação no Reino Unido (Imperial College) e os EUA (NDRI/Beth Israel), foi amplamente debatido nesta reunião. Os procedimentos para coleta de dados, armazenamento, manutenção e análise, bem como a coordenação e o cronograma para o estudo, foram discutidos e padronizados.

Para compor a fase II do projeto multicêntrico sobre drogas injetáveis (componente quantitativo do projeto) um questionário foi elaborado pela OMS e o NDRI/Beth Israel acerca dos comportamentos de risco dos UDI frente à infecção pelo HIV, incorporando informações adicionais e novas variáveis que serão abordadas na seção “Questionários”.

Os objetivos da fase II do estudo foram formulados do seguinte modo:

- Determinar a extensão e o caráter do uso de drogas injetáveis;
- Descrever o contexto de injeção de drogas e o uso de drogas injetáveis em diferentes ambientes sociais e culturais;
- Avaliar a extensão e os padrões de comportamento de alto risco entre usuários de drogas injetáveis;
- Determinar a prevalência de HIV, HBV e HCV entre UDI;
- Identificar e desenvolver intervenções efetivas no sentido de reduzir as conseqüências adversas para a saúde associadas ao uso de drogas injetáveis.

Define-se aqui “usuário de droga injetável” como aquele que utilizou a via injetável para se auto-administrar drogas (quaisquer) pelo menos uma vez nos seis meses anteriores à entrevista. Define-se aqui “ex-usuário de droga injetável” àquele que se utilizou desta via de administração ao menos uma vez ao longo da vida, mas não nos últimos 6 meses.

Um segundo critério de inclusão foi “ter mais de 16 anos de idade”, sendo, portanto o(a) entrevistado(a) capaz de assinar termo de consentimento informado, prévio à inclusão do/a entrevistado/a no estudo. O termo de consentimento informado foi desenvolvido segundo as normas éticas adotadas no Brasil e EUA para pesquisas realizadas em seres humanos e aprovado pela Comissão de Ética da FIOCRUZ, ressaltando ser esta uma pesquisa voluntária, podendo o participante desistir da mesma em quaisquer de suas etapas. A título de compensação pelo esforço e tempo despendidos cada entrevistado(a) recebeu a quantia de R\$ 10,00.

O recrutamento, que prossegue para fins do projeto mais amplo (em curso), foi realizado, com relação à presente dissertação, no período de agosto de 1999 a junho de 2000, como parte do referido Projeto Multicêntrico sobre Drogas. Foi utilizada uma estratégia de recrutamento de usuários de drogas provenientes das “ruas” (não-institucionalizados), através do método de recrutamento de “bola de neve”. Este método consiste em trazer para o estudo através de um caso índice, outros casos que com ele se relacionam. Estes, por sua vez, trazem outros também relacionados entre si e, assim por diante, o que nos permite, ao final, compor uma rede de indivíduos relativamente ampla e com características diversificadas (Lopes *et al.*, 1996). A escolha desta técnica amostral baseou-se na grande dificuldade de acesso a esses indivíduos, tanto do ponto de vista pessoal como coletivo, dada a estigmatização, principalmente, o caráter ilegal dessas práticas, e da absoluta impossibilidade de obter amostras aleatórias deste universo em grande medida desconhecido.

Os usuários recrutados nas “ruas” o foram de diversas fontes, incluindo locais públicos, clubes noturnos e bares, distribuídos por várias regiões do Município do Rio de Janeiro. Cabe observar que não se trata de população que reside temporária ou permanentemente nas ruas (por exemplo, desabrigados e menores em situação de rua). Recrutadores foram especialmente treinados para esta tarefa, sendo o preenchimento do questionário realizado de modo a preservar a privacidade dos participantes. As principais áreas de recrutamento dos usuários de drogas vêm

sendo: Marechal Hermes, Realengo (“Bata” e “Fumacê”), “Muquiço” (comunidade favelada), Padre Miguel, Manguinhos, Central, Pedra Lisa, Morro da Providência, regiões extremamente pobres e com condições precárias de saneamento básico.

Estas áreas foram identificadas através de contatos anteriores do “projeto de redução de danos”, coordenado pelo NEPAD/Ministério da Saúde, contatos estes concomitantes com uma etapa prévia de natureza qualitativa, composta de realização de grupos focais e entrevistas em profundidade, visando identificar comunidades-chave quanto ao consumo e tráfico de drogas no Rio de Janeiro. Tais atividades foram desenvolvidas a partir das linhas de atuação e manual específico desenvolvido pela OMS com vistas a maximizar a captação de usuários de drogas injetáveis em contextos diversos (WHO, 1997).

A entrevista foi realizada no NEPAD em local distinto (independente), sem vínculo com quaisquer atividades clínicas daquela instituição. Foram disponibilizados para o projeto recursos e a infra-estrutura do projeto de Redução de Danos do NEPAD, incluindo veículo com motorista, recrutadores atuantes em diferentes comunidades, além de salas de entrevista e coleta.

Os pacientes que necessitam/desejam, vêm recebendo tratamento para uso de drogas, gratuita e anonimamente, no NEPAD/UERJ. Aqueles que necessitam de tratamento gratuito para doenças infecto-contagiosas e outras afecções clínicas, vinculadas ou não à sua participação no presente projeto, vêm sendo assistidos no Ambulatório do Banco da Providência.

As necessidades adicionais dos pacientes, como realização de exames laboratoriais complementares, vêm sendo atendidas também pelo Ambulatório do Banco da Providência, em convênio com a FIOCRUZ. Eventuais internações/demandas de abrigo/suporte estão sendo disponibilizadas, respectivamente, no Hospital Evandro Chagas (FIOCRUZ) e no Abrigo Santo Antônio, mantido pelo Banco da Providência.

Os resultados dos exames estão sendo entregues pessoalmente, e nunca revelados a terceiros, a menos que o paciente assim o autorize por escrito. Os dados pessoais dos entrevistados estão sendo arquivados em local seguro, onde apenas os responsáveis pelo projeto têm acesso. A identidade pessoal do entrevistado não é (ou será) mencionada em qualquer hipótese. Os dados que estão sendo e serão publicados são/serão referentes ao conjunto de participantes do

estudo, de forma a não permitir a identificação individual de qualquer um dos participantes.

Os pacientes vêm sendo apoiados pela coordenação local, independentemente de participação ou não na pesquisa, no sentido de obter orientação quanto a aconselhamento e eventual tratamento médico no caso de resultado positivo em quaisquer dos exames laboratoriais realizados e/ou em atenção a solicitações individuais dos pacientes.

Ainda que subamostrando de forma sistemática determinadas comunidades, fechadas à pesquisa devido a níveis muito elevados de violência estrutural, e com uma notada ausência dos usuários de drogas injetáveis pertencentes aos estratos sociais superiores (inacessíveis a partir de quaisquer técnicas de recrutamento até o momento desenvolvidas), trata-se do mais amplo estudo já realizado no Rio de Janeiro com usuários de drogas não institucionalizados.

Foi colhida uma amostra de sangue, de 30 ml, para posterior testagem sorológica para a infecção pelo HIV e demais patógenos de transmissão sangüínea (estes últimos não abordados pelo presente trabalho).

Questionário

O questionário (que consta como anexo, ao final desta dissertação), utilizado nas entrevistas se subdivide em seções com questões que abordam: informações sobre a entrevista; características sócio-demográficas; padrões de consumo de drogas para injetadores, ex-injetadores e usuários que nunca fizeram uso de droga injetável; informações sobre como começou a injetar; padrões de injeção de drogas e compartilhamento de seringas; inserção no mercado ilícito das drogas; história de viagens com relação aos hábitos de injeção e compartilhamento; hábitos sexuais (parceiros sexuais, comportamentos de risco com parceiros sexuais, motivação para o uso de preservativos); conhecimentos acerca da AIDS e mudanças de comportamento daí decorrentes; conhecimento dos resultados de teste(s) anterior(es) para o HIV; informações sobre os hábitos de vida dos entrevistados, especialmente aqueles ligados ao consumo de drogas (detalhes sobre o uso injetável, motivos para o compartilhamento do equipamento de injeção, forma como cada UDI avalia sua vulnerabilidade frente à infecção pelo HIV); história médica; informações sobre a utilização de serviços médicos; *overdose* e violência; além de

outros conhecimentos, atitudes e comportamentos frente ao risco de infecção pelo HIV.

Testes laboratoriais

As amostras de sangue foram testadas para a presença de anticorpos para o HIV pelo laboratório de Imunologia do IOC, FIOCRUZ. Seguiu-se o algoritmo de teste definido pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 1995), com a realização de testes Elisa (Abbott HIV-1 recombinant EIA, 3rd gen., Abbott Laboratories, Diagnostic Division North Chicago, USA) e dois testes confirmatórios, de Imunofluorescência (Biomanguinhos, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil) e Western Blot (Cambridge Biotech. Corp., Worcester, MA, USA).

Além destes testes para a presença da infecção pelo HIV, diversos outros procedimentos laboratoriais vêm sendo desenvolvidos, incluindo análises referentes à biologia molecular do HIV, sorologias para o conjunto das hepatites virais e para a infecção pelo HTLV. No entanto, tais avaliações não serão objeto da presente dissertação.

Plano de análise dos dados

As freqüências para o conjunto de todas as variáveis, assim como as medidas de tendência central e variância, quando pertinentes, permitiram a descrição das características da amostra.

Do ponto de vista propriamente analítico, inicialmente, estabeleceu-se a associação individual (análise univariada, teste χ^2) entre a sorologia para o HIV e as demais variáveis demográficas e comportamentais coletadas. As variáveis contínuas foram dicotomizadas a partir da avaliação de sua distribuição por meios gráficos e observação da distribuição por percentis, antes da aplicação do teste.

O nível de significância (p) para as associações univariadas foi definido como sendo equivalente a 0,05.

Devido a razões que serão explicitadas nas seções “Resultados” e “Discussão”, não foi possível desenvolver as análises multivariadas.

Os dados obtidos nas entrevistas e o resultado das sorologias foram introduzidos em questionário eletrônico elaborado com tal finalidade que utiliza o *software EpiInfo*, versão 6.0, e analisados quanto à frequência e associações uni e multivariadas através da utilização do pacote estatístico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 7.5.

Resultados

As principais características sociodemográficas da amostra analisada na presente dissertação estão apresentadas na tabela 1. A amostra (não-aleatória) foi composta por 246 usuários de drogas injetáveis (“em atividade”, ou seja, tendo injetado nos 6 meses anteriores à entrevista, e ex-usuários de drogas injetáveis).

Da análise aqui apresentada foram excluídos dois pacientes, o primeiro deles afirmou ser usuário de drogas injetáveis, quando na realidade só havia feito uso de maconha (fumada), conforme se depreendeu das incoerências cometidas ao longo da entrevista, além de não possuir quaisquer marcas de injeção. Foi excluído, então, não só da presente análise como do estudo em geral (que também inclui usuários de drogas não-injetáveis), por ter falseado informações. O segundo já havia, na verdade, sido entrevistado, mas tentou ser novamente entrevistado utilizando nome falso, para receber mais uma vez dez reais (pagos a título de compensação), segundo revelou mais tarde (quando da re Checagem dos dados, feita sistematicamente antes da [segunda] coleta de sangue). Apenas seu segundo questionário (repetido) foi descartado.

Um único paciente (com AIDS clinicamente comprovada, em tratamento no Ambulatório da Providência há vários anos) não teve seu sangue colhido, apesar de inúmeras tentativas, por não dispor de veia periférica e devido aos riscos de uma eventual punção arterial dada a gravidade do seu quadro clínico. Todos os demais pacientes foram testados no Departamento de Imunologia (IOC/FIOCRUZ), conforme descrito na metodologia. Não houve nenhum caso de recusa em relação à coleta de 30 ml de sangue.

Os pacientes eram em sua maioria homens (92,3% da amostra, ou seja, havia apenas 19 mulheres, sendo duas delas HIV-soropositivas), com uma média de idade próxima aos 30 anos ($\mu=29,59$, com um erro padrão de 0,59 anos) e um nível educacional relativamente elevado para os padrões brasileiros (70,0% tinham pelo menos o 1º grau completo). O grau de instrução do chefe de família (resposta em que predominaram os pais dos entrevistados, que em sua maioria moravam/dependiam dos seus ascendentes) pode ser considerado regular, uma vez que a maioria (53,9%) não havia completado o 1º grau.

A maioria (74,0%) dos entrevistados eram solteiros, embora 96,3% tenham referido possuir parceiros estáveis nos 6 meses anteriores à entrevista. Cento e

oitenta entrevistados relataram não viver sozinhos (cohabitando com alguém). Destes, cerca de 31,1% viviam com parceiro sexual do sexo oposto e 2,2% viviam com parceiro sexual do mesmo sexo. Os demais viviam com familiares e amigos.

Praticamente todos os entrevistados (91,0%) tinham sido detidos ou presos ao menos uma vez na vida, 9,0% do total por mais de 6 vezes.

Uma pequena proporção dos entrevistados (cerca de 4,3%) referiram estar engajados em atividades ilícitas para prover suas necessidades. Cerca de 40,0% dos entrevistados não possuíam fonte de renda regular, ou seja, viviam de empregos temporários, estavam em benefício ou contavam com a ajuda de parentes. A maioria (53,0%) dos entrevistados relatou viver em casa ou apartamento de alguém, incluindo pais, parentes ou amigos.

Como exposto na tabela 2, a média da idade de início do uso de drogas injetáveis foi de aproximadamente 18 anos. A ampla maioria (90,6%) dos entrevistados reportou que a primeira droga utilizada para injeção foi a cocaína. O uso de heroína, virtualmente ausente nas cenas de uso no Brasil (Telles *et al.*, 1997; Bastos *et al.*, 1999; Bastos *et al.*, 2000), permaneceu baixo na presente amostra, sendo o seu consumo por via injetável pouco reportado pelos entrevistados, com menos de 5,0% (integrando aqui a categoria “outros”, com uma miscelânea de substâncias injetáveis de consumo praticamente irrelevante).

Com relação ao tempo de uso de drogas injetáveis, a maioria dos entrevistados relatou ter injetado por no máximo 5 anos (54,2%) e podem ser classificados como usuários recentes segundo Friedman *et al.* (1998).

Cerca de 39,0% dos UDIs relataram ter compartilhado agulhas e/ou seringas usadas, dadas, cedidas, alugadas ou vendidas por alguém, na primeira vez que injetaram.

Em se tratando da frequência de uso de drogas, por outras vias que não a injetável, nos 30 dias que antecederam a 1ª injeção, a ampla maioria dos usuários (84,5%) relatou usar drogas cerca de uma vez por semana ou mais.

Quanto à frequência de injeções nos seis meses anteriores à entrevista, 32,9% dos entrevistados relataram não ter injetado, enquanto que uma porcentagem expressiva (39,0%) relatou injetar cerca de uma vez por semana ou mais.

Dos 171 entrevistados que relataram injetar drogas nos últimos 6 meses, a maioria (55,8%) injetou até 5 dias por mês. Num mês típico destes últimos 6 meses, 90,1% relataram injetar até cinco vezes por dia.

Vale ressaltar que entre os entrevistados que relataram já ter sido presos ao menos uma vez (112 entrevistados), e que, uma vez na prisão, relataram ter injetado (32 entrevistados), a frequência de uso de agulhas e/ou seringas anteriormente utilizadas por alguém foi elevada – 65,6% (tabela 2).

A tabela 3 mostra que os níveis reportados de comportamentos sexuais de risco se mostraram elevados. A frequência de uso de preservativos com parceiros(as) principais do sexo oposto nos últimos 6 meses foi bastante baixa, sendo que 63,3% dos entrevistados relataram “nunca ter usado preservativo”. Entretanto, no que se refere ao uso de preservativos com parceiros(as) ocasionais, a proporção de atos sexuais “protegidos” e “desprotegidos” se mostrou mais homogênea, com 50,6% da amostra referindo ter usado preservativos metade das vezes ou mais, e 49,4% referindo tê-los usado raramente ou nunca. Esses níveis de sexo desprotegido são preocupantes e devem ser objeto de intervenções preventivas.

Quanto ao comportamento sexual nos últimos 6 meses, 84,1% dos entrevistados relataram fazer sexo cerca de uma vez por semana ou mais. Em se tratando de parceiros(as) principais do sexo oposto, 63,1% dos entrevistados relataram ter tido relações vaginais ou anais cerca de uma vez por semana ou mais, embora a ampla maioria (87,8%) dos que relataram ter tido sexo com parceiro(a) principal do sexo oposto tenha afirmado ter tido apenas um parceiro(a) principal sexual do sexo oposto. É importante mencionar que 11,7% destes parceiros(as) principais do sexo oposto injetaram drogas alguma vez nesses 6 últimos meses.

Das 163 pessoas que, nos últimos 6 meses, referiram ter relações sexuais vaginais ou anais com parceiros ocasionais, 63,2% tiveram até 5 parceiros(as) ocasionais. Cerca de 1/3 dos entrevistados (33,7%) revelaram não ter tido nenhum relacionamento sexual com parceiros ocasionais nos últimos 6 meses. Dos que relataram ter parceiros(as) ocasionais, 24,4% disseram ter seus parceiros usado drogas injetáveis.

A maioria dos entrevistados alegou nunca haver trocado sexo por dinheiro ou mercadoria (86,6%), ou por drogas (92,7%) com clientes do sexo oposto, nos últimos 6 meses. A maioria (88,0%) dos entrevistados que revelou ter clientes do sexo oposto alegou ter em média até 5 clientes por mês, nos últimos 6 meses.

A frequência de uso de preservativos durante as relações sexuais com clientes do sexo oposto foi baixa, uma vez que 41,2% das pessoas que tiveram

relações sexuais vaginais ou anais com clientes do sexo oposto revelaram nunca ter usado preservativos ou usado apenas ocasionalmente.

Nos últimos 5 anos, dos 225 entrevistados homens com respostas válidas, 24,2% destes relataram ter tido relações sexuais com outros homens. Em se tratando das mulheres, 50,0% das 16 mulheres que responderam adequadamente a esta questão, relataram ter tido relações sexuais com outras mulheres.

Dos 55 homens que relataram ter relações sexuais com outros homens nos últimos 6 meses, 65,5% relataram ter tido de 1 a 5 parceiros com os quais tiveram relações sexuais (anais e/ou orais). A frequência do uso de preservativos foi baixa nesses relacionamentos homossexuais masculinos, uma vez que dos 39 homens que tiveram parceiros sexuais masculinos nos últimos 6 meses, 57,1% responderam que nunca tinham usado ou usaram apenas ocasionalmente preservativos.

Na tabela 4 descreve-se o conhecimento sobre a epidemia de AIDS, segundo as percepções e atitudes dos entrevistados.

Com relação ao contato com atividades de prevenção, face-a-face, 61,6% dos UDI relataram algum contato com atividades preventivas ao menos 1 vez por mês nos últimos 6 meses. Dentre estes UDI, 39,8% tiveram contato com agentes de saúde, 37,0% contato com locais de fornecimento de preservativos e 30,5% contato com o programa de troca de seringas do Rio de Janeiro (ver gráfico 1).

A quase totalidade dos UDI deste estudo (97,6%) relatou contato com mensagens veiculadas pelos meios de comunicação, o que constitui um fator de reforço relevante, favorável ao funcionamento das atividades preventivas mais específicas quanto à redução de comportamentos de risco.

A tabela 5 abrange questões sobre o conhecimento sobre o HIV/AIDS e as mudanças espontâneas de comportamento observada na amostra analisada.

Foi observado que 100% dos entrevistados já havia ouvido falar alguma vez na vida em HIV/AIDS. A maioria dos entrevistados relatou não falar sobre o HIV ou AIDS com seus familiares (48,4%).

Somente 30,1% dos entrevistados relataram conversar freqüentemente sobre o HIV ou AIDS com seus parceiros(as) sexuais, enquanto 36,6% relataram conversar sobre o HIV ou AIDS raramente e 33,3% disseram não conversar sobre este assunto com seus parceiros sexuais. Com relação aos companheiros(as) usuários(as) de drogas, a frequência com que se conversava sobre o HIV/AIDS foi ligeiramente maior (33,3%).

A ampla maioria dos entrevistados (86,9%) acredita que uma pessoa pode se infectar com o HIV e ter uma aparência saudável. Do mesmo modo, a maioria dos entrevistados (83,3%) acredita que praticamente todas (75-99%) ou todas (100%) das pessoas infectadas pelo HIV ficarão seriamente doentes.

É importante registrar que mais da metade dos entrevistados (63,4%) relatou ter efetuado alguma mudança de comportamento após o surgimento da AIDS, no sentido de evitar que fossem infectados ou para evitar a contaminação de terceira pessoa.

A tabela 6 apresenta resultados acerca do conhecimento dos usuários de drogas injetáveis sobre os modos como as pessoas poderiam se infectar com o HIV. O compartilhamento de agulhas e/ou seringas e “fazendo sexo sem proteção” foram espontaneamente mencionados por, respectivamente, 62,2% e 65,4% dos entrevistados, evidenciando o bom conhecimento dos UDIs desta amostra. Também foram espontaneamente mencionados, ainda que em proporções menores, os seguintes comportamentos de risco: “compartilhando outros apetrechos de injeção de drogas/solução de drogas”, “fazendo sexo (sem dizer se protegido ou não)”, “contato com sangue contaminado e transfusão de sangue/derivados”, com respostas positivas a estes itens de 37,8%, 35,0%, 14,6% e 22,0%, respectivamente.

A tabela 7 apresenta informações sobre o que os UDIs vêm fazendo para evitar a contaminação do entrevistado e de terceiras pessoas.

Cento e cinqüenta e seis pessoas que relataram mudança de comportamento após o surgimento da AIDS. Com relação ao sexo (gráfico 2), 69,9% “passou a usar/tornou mais freqüente o uso de preservativos (camisinha)” e com relação às drogas 38,7% “reduziram o compartilhamento de equipamentos/soluções contendo drogas”, 23,1% “pararam de compartilhar equipamentos/soluções contendo drogas” e 10,3% “reduziram o uso de drogas injetáveis”.

A tabela 8 abrange questões sobre o tratamento para uso de drogas da população estudada. Observou-se que vinte e oito por cento dos entrevistados relatou já ter recebido algum tipo de tratamento para abuso de drogas. As modalidades de tratamento que foram mencionadas como relevantes do ponto de vista dos tratamentos em regime ambulatorial e de internação foram, respectivamente, os grupos de ajuda mútua (32,4%) e as clínicas de tratamento para uso de drogas (24,6%).

Vale ressaltar que somente 26 pessoas estavam recebendo tratamento para uso de drogas no momento da entrevista (37,7% daquelas que relataram ter feito tratamento). Destas 26 pessoas, que relataram estar recebendo tratamento atualmente, 48,1% começou seu tratamento nos últimos 30 dias anteriores à entrevista, sendo a psicoterapia com profissional licenciado a modalidade de tratamento mais procurada (38,1%), seguida por “clínica de tratamento” (28,6%) e “grupos de ajuda mútua” (28,5%).

Como mostrado na tabela 9, a frequência de compartilhamento de agulhas e/ou seringas nos últimos 6 meses foi relativamente baixa (frente a pesquisas anteriores; ver Telles et al., 1997), uma vez que a maioria dos entrevistados reportaram nunca ter compartilhado agulhas e/ou seringas neste período (76,9%). Entretanto, a frequência de limpeza (com procedimentos adequados) destes materiais entre aqueles que compartilharam agulhas e/ou seringas foi extremamente baixa, haja visto que 57,1% relataram nunca ter limpado estes equipamentos antes de usá-los e que 72,7% daqueles que relataram ter limpado (22 entrevistados), o fizeram com procedimentos ineficazes como a utilização exclusiva de água corrente. Apenas 4,5% referiram ter utilizado água fervendo e 22,7% álcool, o que, segundo a literatura específica, conferiria proteção apenas razoável contra a infecção pelo HIV e demais patógenos de transmissão sangüínea (Shapshak *et al.*, 1994). Nem um único entrevistado referiu limpeza com o método recomendado para adequada desinfecção do material – o hipoclorito de sódio com concentração mínima de 5,25% (Mesquita, 1994).

Cento e setenta e quatro entrevistados injetaram drogas nos últimos 6 meses, sendo que 57 entrevistados relataram ter compartilhado seringas e agulhas. Além destes, diversos outros usuários relataram práticas de compartilhamento indireto, entre elas (não mutuamente excludentes): 28,3% relatou já ter injetado com seringa já cheia (preparada para injeção), 40,8% relatou já ter compartilhado parafernália de injeção que não agulhas e seringas e 57,5% relatou já ter enchido sua seringa com uma solução contendo drogas compartilhadas por outras pessoas.

A frequência de compartilhamento por *frontloading* ou *backloading* foi relativamente baixa. Das 174 pessoas que injetaram nos últimos 6 meses, 16,1% relataram ter utilizado uma seringa na qual outra pessoa havia colocado droga com a seringa usada dele(a). Cerca de 37% daqueles que injetaram nos últimos 6 meses relataram ter injetado numa “galeria de pingo” em local fechado, casa de traficante ou

em outro local fechado para uso de drogas; 48,3% relataram ter injetado numa “galeria de pico” em local aberto, casa de traficante ou em outro local para uso de drogas ao ar livre. Havendo a possibilidade de auto-administração de drogas, simultaneamente em locais com características diferentes.

Ainda com relação a estes usuários de drogas, observam-se frequências extremamente baixas para aqueles que relataram ter recebido alguma injeção de um injetador profissional (1,1%) e para aqueles que relataram ter injetado com seringas artesanais (fabricação “caseira”) (0,6%), que, entretanto, constituem hábitos relevantes em outros contextos culturais, como na Ásia (Wodak, *et al.*, 1993). Verificou-se também que o ato de “dar, emprestar, alugar ou vender” a terceiros agulhas e/ou seringas usadas, foi mencionado por 22,3% dentre os 174 entrevistados que injetaram nos últimos 6 meses.

Dentre aqueles que injetaram nos últimos 6 meses, cerca de 20,0% relataram ter ajudado alguém a se injetar pela primeira vez. A quase totalidade (92,5%) destes entrevistados relatou também ter obtido agulhas e/ou seringas novas nunca utilizada anteriormente, ou seja, existe uma fração composta por 7,5% dos entrevistados que utilizou exclusivamente seringas usadas nos últimos 6 meses.

Dentre aqueles que reportaram ter utilizado agulhas e/ou seringas usadas (57 entrevistados), 79,6% alegaram obter agulhas e/ou seringas usadas de no máximo 5 pessoas diferentes nos últimos 6 meses. A ampla maioria (73,1%) também reportou ter dado, emprestado, alugado ou vendido agulhas e/ou seringas usadas a até 5 pessoas, nos últimos 6 meses.

Vale ressaltar que das 161 pessoas que relataram ter obtido agulhas e seringas novas, a maioria (70,8%) dos entrevistados relatou comprar estes equipamentos em farmácias e 42,2% relatou obter através do programa de troca de agulhas/seringas do Rio de Janeiro (respostas não mutuamente excludentes). Os demais entrevistados relataram obter agulhas e/ou seringas infreqüentemente por diversos outros meios (ver [tabela 9](#)).

Cento e quarenta e três entrevistados que definiram a fonte principal para a obtenção de agulhas e/ou seringas, informaram ser a farmácia (55,9%), seguida do programa de troca de agulhas/seringas do Rio de Janeiro (37,8%), a principal fonte de obtenção de seringas novas.

Ao discriminar os hábitos de compartilhamento de agulhas e/ou seringas usadas nos últimos 6 meses ([tabela 10](#)), verificou-se que o compartilhamento com

parceiro sexual principal foi pouco relevante (“ocasionalmente” ou “na maioria das vezes” – 10%); o compartilhamento ocasional com parentes foi razoavelmente freqüente (17,6%), assim como com traficantes ou equivalente (17,6%). Parece que o elemento central no compartilhamento são as relações de amizade/conhecimento, sendo o compartilhamento de agulhas e/ou seringas com amigos íntimos relatado por 93,5% e com conhecidos por 50,0%.

Descrevendo as razões pelas quais os UDIs foram levados a compartilhar agulhas e/ou seringas e outros equipamentos de injeção nos últimos 6 meses (tabela 11), observamos que o motivo mais citado para tal comportamento de risco pelos entrevistados foi “porque não tinha minha(s) própria(s) agulha(s) e/ou seringa(s)” (76,8%), seguido de “pensei que era seguro porque eu a(s) tinha limpado” (9,1%), o que se mostra contraditório com os achados anteriormente descritos quanto às práticas de limpar seringas.

A tabela 12 descreve informações sobre a última injeção dos usuários desta amostra. Dos 237 entrevistados que relataram o ano de sua última injeção, a ampla maioria (77,2%) relatou ter injetado nos últimos 2 anos (1999-2000). Duzentos e trinta entrevistados relataram o local de sua última injeção, na ocasião, verificando-se que 36,1% relatou ter injetado no lugar onde mora; 26,1% ter injetado em qualquer local público não especificado; 19,6% na casa de um(a) amigo(a). Os demais entrevistados relataram ter injetado infreqüentemente nos demais locais.

Com relação ao número de pessoas que estavam se injetando no mesmo local ao mesmo tempo que o usuário, somente 20,3% relataram ter injetado sozinhos na ocasião, 69,5% relataram ter injetado com até 5 pessoas e 10,2% relataram ter injetado com mais de 6 pessoas.

Foram criadas tabelas de contingência, tomando como variável dependente a infecção pelo HIV, definida a partir dos testes laboratoriais mencionados na seção de métodos. As seguintes variáveis se mostraram significativamente ($p < 0,05$) associadas à variável dependente: “vive sozinho(a) atualmente”; “obteve alguma agulha e/ou seringa nova que não tivesse(m) sido utilizada(s) antes”; “injetou com alguém infectado com o HIV”; “se injetou com alguém com hepatite”; “nos últimos 5 anos, em algum momento, teve um relacionamento sexual com outro homem”. Além das variáveis socio-demográficas acima citadas encontramos outras associações estatisticamente significativas com dados da história médica dos entrevistados, que são: “alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que

“você tinha tuberculose”, “alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha sífilis”, “alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha gonorréia”, “alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha herpes genital”, “alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha veias colabadas ou outros danos diretamente decorrentes do uso injetável”, “você recebeu um resultado positivo para o teste para o HIV”, “você recebeu um resultado negativo para o teste para o HIV”, “nos últimos 6 meses, tomou alguma medicação anti-AIDS, como AZT, DDI, inibidores da protease, ou alguma outra”, “alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha AIDS”. Diversas destas associações não constituem associações de fato, mas exclusivamente apontam para a coerência das informações anteriores sobre HIV/AIDS e os resultados dos procedimentos de testagem.

Foram também encontradas associações limítrofes (*borderlines*) com as seguintes variáveis: “na primeira vez que injetou o próprio indivíduo se auto-administrou a droga”; “teve relações com parceiro(s) ocasionais não tendo utilizado nunca preservativos”, “teve relações vaginais ou anais com clientes do sexo oposto sem nunca utilizar preservativos”, “você já foi testado(a) para o HIV”, “recebeu aconselhamento pré-teste com relação ao teste para o HIV”, e “alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha hepatite”.

Nenhuma outra associação significativa foi encontrada, provavelmente pelo pequeno número, até o presente momento (já que o projeto como um todo, está em andamento), de entrevistados positivos para a infecção pelo HIV, com uma prevalência pontual de 6,1%.

Este achado absolutamente inesperado frente a diversos estudos anteriores (Bastos & Coutinho, 1997; Telles *et al.*, 1997; Telles *et al.*, 1998; Oliveira *et al.*, 1998; Bastos *et al.*, no prelo), que apontaram para soroprevalências para a infecção pelo HIV cerca de 4 vezes mais elevadas nesta população, fez com que tivesse de redirecionar as análises aqui apresentadas, não tendo sido possível proceder a análises multivariadas dos fatores de risco (pela falta de poder estatístico).

As possíveis razões desta prevalência da infecção pelo HIV tão reduzida serão analisadas com detalhe na seção “Discussão”.

Cabe observar que, embora tais questões não sejam abordadas nesta dissertação, verificou-se uma queda ainda mais expressiva das taxas de infecção

para as hepatites virais na presente amostra (Lurdes Oliveira, comunicação pessoal à equipe do projeto), tanto da hepatite C (de transmissão basicamente parenteral), como da hepatite B (de transmissão parenteral e sexual), corroborando os achados relativos à infecção pelo HIV, no sentido de uma declínio global do conjunto de infecções aqui analisadas.

Resultados ainda não sistematizados em publicações completas indicam que fenômeno semelhante de decréscimo acentuado das taxas de infecção para o HIV e para os agentes das hepatites virais na população de usuários de drogas injetáveis foi igualmente observado nos dois outros centros que compõem o Estudo Multicêntrico da OMS no Brasil (Salvador, Bahia e Santos, São Paulo).

Em Salvador, Bahia (Tarcísio Andrade, comunicação pessoal à Francisco Bastos, setembro de 2000), em projeto cuja fase de campo já foi encerrada, foi encontrada soroprevalência para infecção pelo HIV de aproximadamente 7,0% e decréscimo também expressivo das taxas de infecção para o HTLV-I/II (em relação à qual a análise não foi concluída). Cabe registrar os níveis extremamente elevados encontrados para ambas as infecções em projeto anterior, igualmente multicêntrico, concluído em 1996, com soroprevalências de 25,5% para o HTLV-I, 8,8% para o HTLV-II e 49,5% para o HIV (Andrade *et al.*, 1998).

Igualmente em Santos, São Paulo, observou-se decréscimo pronunciado da soroprevalência para infecção pelo HIV e das hepatites B e C (Mesquita, 2000).

A soroprevalência para a infecção pelo HIV na amostra de usuários de Santos, experimentou um decréscimo de valores anteriores da ordem de 60% (Carvalho *et al.*, 1996) para cerca de 30% no presente estudo (Mesquita, 2000).

QUADRO RESUMO DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS À VARIÁVEL-RESPOSTA

Variáveis sócio-demográficas associadas à infecção pelo HIV: Transmissão por via sexual:	“vive sozinho atualmente”. “nos últimos 5 anos, teve um relacionamento sexual com outro homem”.
Transmissão por via parenteral:	“injetou com alguém infectado com o HIV” e “injetou com alguém com hepatite”.
Variáveis de história médica associadas à infecção pelo HIV:	“alguma vez um profissional de saúde disse que você tinha tuberculose” (idem para história de “sífilis”, “gonorréia”, “herpes genital” e “veias colabadas”); “você recebeu um resultado positivo para o teste para o HIV”; “tomou alguma medicação anti-AIDS (...)”; e “alguma vez um profissional de saúde disse que você tinha AIDS”.

Tabela 1.

Características sócio-demográficas da população estudada, compreendendo usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246). Rio de Janeiro 1999-2000

	(%)	Média (erro padrão)
Características sócio-demográficas		
Idade em anos		29,59(± 0,59)
Sexo feminino:	7,7	
Nível de escolaridade ¹:		
Analfabeto/não completou as 1 ^{as} 4 séries do 1º grau	6,6	
Não completou a 8ª série do 1º grau	23,4	
Não completou o 2º grau	38,7	
2º grau completo/superior incompleto	22,5	
Superior completo	8,8	
Vive com parceiro sexual do sexo oposto²:	31,1	
Vive com parceiro sexual do mesmo sexo²:	2,2	
Esteve preso:	45,5	
Quantas vezes esteve preso:		
1 a 5 vezes	91,0	
6 ou mais vezes	9,0	
Natureza da fonte de renda³:		
Emprego regular e/ou autônomo	39,7	
Emprego temporário, benefício, parentes	56,0	
Illegal (p. ex. prostituição, venda de drogas)	4,3	
Grau de instrução do chefe da família⁴:		
Analfabeto/não completou as 1 ^{as} 4 séries do 1º grau	21,8	
Não completou a 8ª série do 1º grau	32,1	
Não completou o 2º grau	23,9	
2º grau completo/superior incompleto	18,8	
Superior completo	3,4	
Estado civil:		
Casado(a) legalmente	6,9	
Vivendo maritalmente	11,8	
Viúvo	1,6	
Separado(a) legalmente	4,1	
Divorciado(a)	1,6	
Solteiro(a)/nunca foi casado legalmente/nunca viveu maritalmente	74,0	
Nos últimos 6 meses, onde viveu a maior parte do tempo⁵:		
Em minha própria casa, apartamento ou apart-hotel; ou de meu(minha) esposo(a) ou de meu(minha) parceiro(a)	25,2	
Casa, apartamento, apart-hotel, ou quarto alugado por mim (ou por meu(minha) esposo(a) ou por meu(minha) parceiro(a)	11,8	
Quarto pago a cada dia ou quarto alugado em uma casa	2,1	
Casa, apart-hotel, apartamento de alguém (incluindo pais, parentes, amigos)	53,0	
Abrigo, residência coletiva mantida pelo governo	0,4	
Sem endereço fixo (por exemplo: ruas, parques, edifício abandonado)	6,7	
Comunidade residencial	0,8	

(%): proporção de respostas positivas

¹ Referente à 243 respostas válidas.

² Referente às 180 pessoas que relataram não estar vivendo sozinhos atualmente.

³ Referente às 209 pessoas que relataram ter alguma fonte de renda.

⁴ Referente às 234 pessoas que deram respostas válidas acerca do grau de instrução do chefe de família.

⁵ Referente às 238 pessoas com respostas válidas.

Tabela 2.

Características comportamentais quanto à frequência de uso de drogas da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

	(%)	Média (erro padrão)
Comportamentos quanto ao uso de drogas injetáveis		
Idade de início do uso de drogas injetáveis (em anos):		18,46 (± 0,31)
Qual a primeira droga utilizada para injeção:		
Cocaína	90,6	
Anfetamina	4,5	
Outras	4,9	
Na primeira vez que injetou, utilizou agulhas e/ou seringas usadas, dadas, cedidas, alugadas ou vendidas por alguém:	38,6	
Anos de uso de drogas injetáveis		
Injetou por no máximo 5 anos:	54,2	
Injetou entre 6 e 10 anos:	20,9	
Injetou 11 anos e mais:	24,9	
Injetou pelo menos uma vez drogas na prisão¹:	28,6	
Na prisão, injetou com agulhas e/ou seringas utilizadas por alguém anteriormente ² :	65,6	
Frequência de uso de drogas por outras vias nos 30 dias que antecederam a 1ª injeção:		
Nunca/nenhuma	11,0	
1-3 vezes ao mês	4,5	
Cerca de uma vez por semana ou mais	84,5	
Frequência de injeções nos últimos 6 meses:		
Nunca/nenhuma	32,9	
Menos de 1 vez ao mês	13,8	
1-3 vezes ao mês	14,3	
Cerca de uma vez por semana ou mais	39,0	
Nos últimos 6 meses, num mês típico em que injetou, quantos dias por mês você injetou³:		
Até cinco dias por mês	55,8	
De 6 a 15 dias por mês	34,8	
Acima de 15 dias por mês	9,4	
Durante os últimos 6 meses, num dia típico em que você injetou, quantas vezes por dia você injetou³:		
Até cinco vezes por dia	90,1	
De 6 a 20 vezes por dia	8,7	
Acima de 20 vezes por mês	1,2	

(%): proporção de respostas positivas;

¹ Referente às 112 pessoas que relataram ter sido presas;

² Referente às 32 pessoas que relataram ter injetado na prisão;

³ Referente às 171 pessoas que relataram injetar num mês típico dos últimos 6 meses.

Tabela 3.

Comportamentos e práticas sexuais da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

Comportamento sexual	(%)
Frequência de relação sexual (vaginais, anais ou orais) com alguém do sexo oposto nos últimos 6 meses:	
Nunca/nenhuma	4,5
Menos de 1 vez ao mês	4,5
1-3 vezes ao mês	6,9
Cerca de uma vez por semana ou mais	84,1
Frequência de relações vaginais ou anais com parceiro(a) principal do sexo oposto nos últimos 6 meses:	
Nunca/nenhuma	32,5
Menos de 1 vez ao mês	2,4
1-3 vezes ao mês	2,0
Cerca de uma vez por semana ou mais	63,1
Nº de parceiros(as) principais sexuais do sexo oposto com os quais teve relações vaginais ou anais nos últimos 6 meses¹:	
Nenhum	3,7
Um parceiro(a)	87,8
Dois ou mais parceiros(as)	8,5
Nº de parceiros(as) ocasionais do sexo oposto com os quais teve relações sexuais vaginais ou anais nos últimos 6 meses²:	
Até 5 parceiros ocasionais	63,2
De 6 a 20 parceiros	30,6
Acima de 20 parceiros	6,2
Nº de parceiros(as) principais do sexo oposto que injetaram drogas alguma vez¹:	11,7
Frequência de relações vaginais ou anais com parceiro(a) ocasional do sexo oposto nos últimos 6 meses:	
Nunca/nenhuma	33,7
Menos de 1 vez ao mês	11,8
1-3 vezes ao mês	15,0
Cerca de uma vez por semana ou mais	39,5
Frequência de uso de preservativos com parceiros(as) principais do sexo oposto nos últimos 6 meses¹:	
Nunca	63,3
Ocasionalmente	7,2
Aproximadamente em metade das vezes	5,4
A maioria das vezes	9,6
Sempre	14,5
Frequência de uso de preservativos com parceiros(as) ocasionais nos últimos 6 meses²:	
Nunca	32,7
Ocasionalmente	16,7
Aproximadamente em metade das vezes	6,2
A maioria das vezes	14,8
Sempre	29,6
Nº de parceiros(as) ocasionais do sexo oposto que injetaram drogas alguma vez²	24,4
Alguma vez trocou sexo por dinheiro ou mercadoria com cliente do sexo oposto nos últimos 6 meses:	
Nunca/nenhuma	86,6
Menos de uma vez ao mês	10,6
1-3 vezes ao mês	1,2
Cerca de uma vez por semana ou mais	1,6
Alguma vez trocou sexo por drogas com cliente do sexo oposto nos últimos 6 meses:	
Nunca/nenhuma	92,7
Menos de uma vez ao mês	5,3
1-3 vezes ao mês	1,2
Cerca de uma vez por semana ou mais	0,8

(%): proporção de respostas positivas;

¹ Referentes às 166 pessoas que tiveram parceiros principais nos últimos 6 meses;

² Referentes às 163 pessoas que tiveram relações sexuais vaginais ou anais com parceiros ocasionais nos últimos 6 meses

Tabela 3- continuação

Comportamentos e práticas sexuais da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

Comportamento sexual	(%)
Nº, em média, de clientes do sexo oposto diferentes que você teve por mês, nos últimos 6 meses¹:	
Até 5 clientes	88,0
Mais que 5 até 15 clientes	8,0
Acima de 15 clientes	4,0
Com que frequência você ou seu parceiro(a) usaram preservativos durante as relações vaginais ou anais com seu(s)/sua(s) cliente(s) do sexo oposto¹:	
Nunca	35,3
Ocasionalmente	5,9
Aproximadamente metade das vezes	2,9
A maioria das vezes	17,6
Sempre	35,3
Recusou	2,9
Qualquer relacionamento homossexual masculino nos últimos 5 anos²:	24,2
Qualquer relacionamento homossexual feminino nos últimos 5 anos³:	50,0
Nº de parceiros masculinos que você teve relações sexuais (anais e /ou orais) nos últimos 6 meses (questão relativa aos homens)⁴:	
nenhum	29,1
De 1 a 5 parceiros	65,5
Acima de 6 parceiros	5,4
Frequência de uso de preservativos nas relações homossexuais com outros homens⁵:	
Nunca	51,4
Ocasionalmente	5,7
Aproximadamente metade das vezes	8,6
Sempre	34,3

(%): proporção de respostas positivas

¹ Referente às 34 pessoas que relataram ter tido relações sexuais vaginais ou anais com clientes do sexo oposto.

² Referente aos 225 homens com respostas válidas.

³ Referente as 16 mulheres com respostas válidas para esta questão.

⁴ Referente aos 55 homens que tiveram relações sexuais com outros homens nos últimos 5 anos.

⁵ Referente aos 39 homens que tiveram relacionamento homossexual nos 6 meses anteriores à entrevista.

Tabela 4.

Questões relativas à epidemia de AIDS, segundo percepções e atitudes da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

	(%)
Já teve contato com atividade/ programa de prevenção (exclui informação veiculada unicamente pelos meios de comunicação)¹:	61,6
Natureza das atividades preventivas (ao menos 1 contato mensal)	
Aconselhamento em grupo:	19,9
Aconselhamento individual:	20,7
Educação para saúde (grupo):	16,3
Educação para saúde (individual):	14,6
Contato com agentes de saúde:	39,8
Testagem para o HIV	21,1
Fornecimento de hipoclorito (água-sanitária)	4,9
Fornecimento de preservativos	37,0
Programa de troca de seringas	30,5
Organizações de usuários de drogas	9,7
Contato com meios de comunicação:	97,6

(%): proporção de respostas positivas

¹ Excluindo meios de comunicação de massa. Admite múltiplas respostas.

Gráfico 1

CONTATO COM ATIVIDADES DE PREVENÇÃO NOS ÚLTIMOS 6 MESES

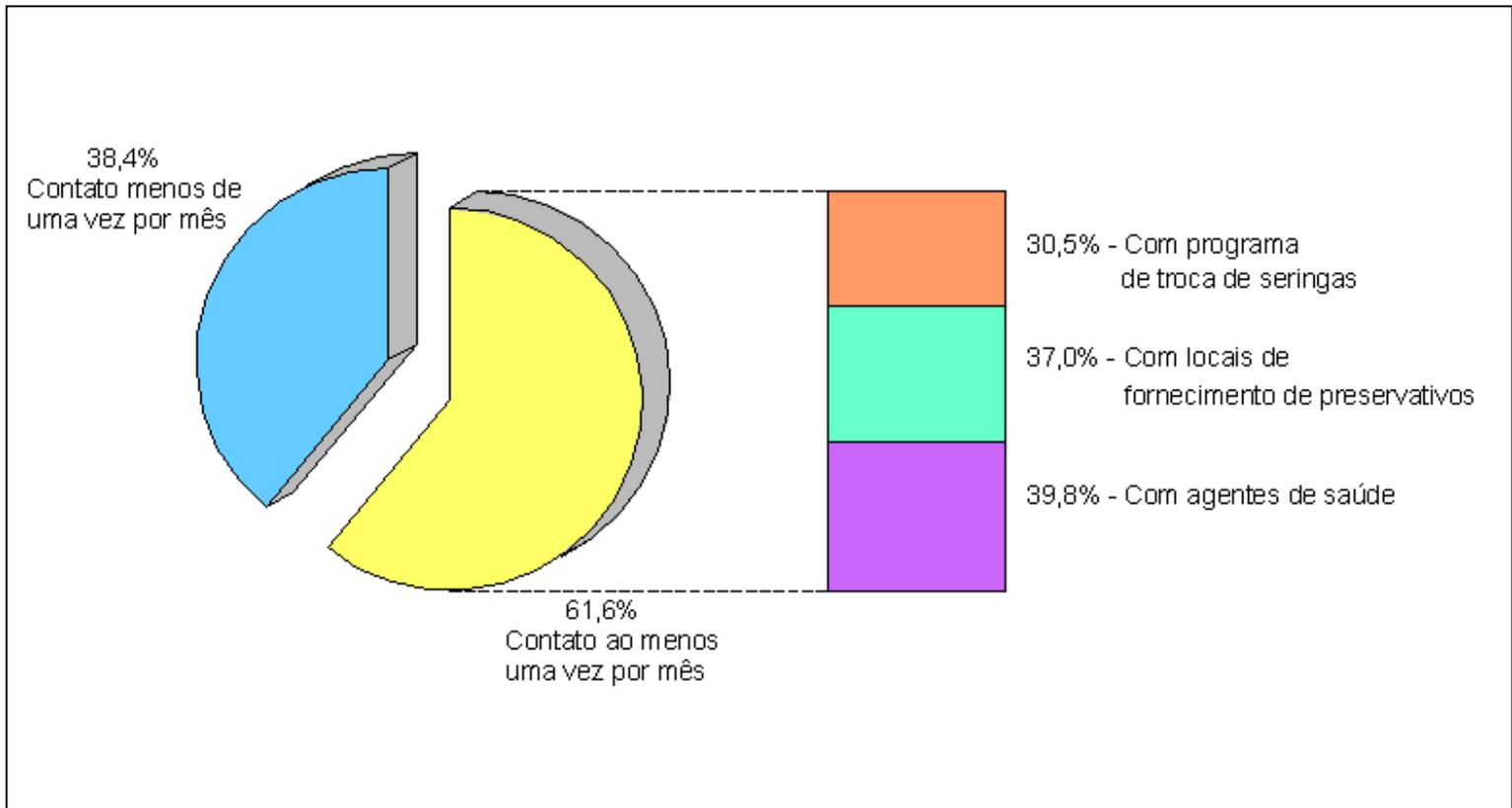


Tabela 5.

Questões relativas ao conhecimento dos entrevistados sobre o HIV/AIDS e a mudança espontânea de comportamento da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

Já ouviu falar de HIV ou AIDS:	(%) 100,0
Com que freqüência fala sobre HIV ou AIDS com seus (suas) parceiros(as) sexuais:	
Não falo	33,3
Raramente	36,6
Freqüentemente	30,1
Com que freqüência fala sobre HIV ou AIDS com seus (suas) companheiros(as) usuários(as) de drogas:	
Não falo	31,3
Raramente	31,7
Freqüentemente	33,3
Não se aplica	3,7
Com que freqüência fala sobre HIV ou AIDS com seus familiares:	
Não falo	48,4
Raramente	23,6
Freqüentemente	28,0
Proporção de pessoas que acreditam que uma pessoa pode se infectar com o HIV e ter uma aparência saudável:	86,9
Que porcentagem de pessoas infectadas com o HIV você acredita que ficará seriamente doente:	
Nenhuma (0%)	0,4
Algumas (1-25%)	2,8
Cerca da metade (26-74%)	10,6
A maioria (75-99%)	46,7
Todas (100%)	36,6
Recusou	0,8
Efetuiu mudanças de comportamento após o surgimento da AIDS: (fez alguma coisa para evitar a sua contaminação ou para evitar a contaminação de uma terceira pessoa)	63,4

(%): proporção de respostas positivas

Tabela 6.

Questões relativas ao conhecimento dos entrevistados sobre o HIV/AIDS: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

Como/de que maneira as pessoas podem se infectar com o HIV¹:	(%)
Não conheço nenhuma maneira	0,8
Compartilhando agulhas e/ou seringas	62,2
Compartilhando outros apetrechos de injeção de drogas/solução de drogas	37,8
Fazendo sexo (sem dizer, se protegido ou não)	35,0
Fazendo sexo sem proteção	65,4
Contato com sangue contaminado	14,6
Transfusão de sangue/derivados	22,0
Perinatalmente, de mãe para filho	2,8
Doando sangue	1,2
Beijo	6,1
Mosquitos	0,4
Assento de privada	0,0
Assento de transporte público	0,0

(%): proporção de respostas positivas

¹ Admite múltiplas respostas (espontâneas)

Tabela 7.

Questões relativas ao conhecimento dos entrevistados sobre o HIV/AIDS e a mudança espontânea de comportamento da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

	(%)
O que você fez para evitar a sua contaminação e a de outras pessoas¹:	
Com relação ao sexo:	
Passou a usar/tornou mais freqüente o uso de preservativo (camisinha)	69,9
Outras práticas de sexo seguro (não especificado)	5,8
Menor número de parceiros(as) sexuais	19,2
Menor número de parceiros(as) homo/bissexuais	0,0
Menor número de parceiros(as) usuários(as) de drogas	1,9
Parou de fazer sexo	0,6
Outras mudanças no comportamento sexual	0,6
Com relação as drogas:	
Menor uso de drogas em geral	3,8
Reduziu o uso de drogas injetáveis	10,3
Parou de usar drogas injetáveis	2,6
Reduziu o compartilhamento de equipamentos/soluções contendo drogas	38,7
Parou de compartilhar equipamentos/soluções contendo drogas	23,1
Começou a limpar/tornou mais freqüente a limpeza dos equipamentos	0,0
Outras mudanças relacionadas ao uso de drogas	1,9

(%): proporção de respostas positivas

¹ Referente às 156 pessoas que mudaram de comportamento após o surgimento da AIDS;

Gráfico 2

MUDANÇA ESPONTÂNEA DE COMPORTAMENTO

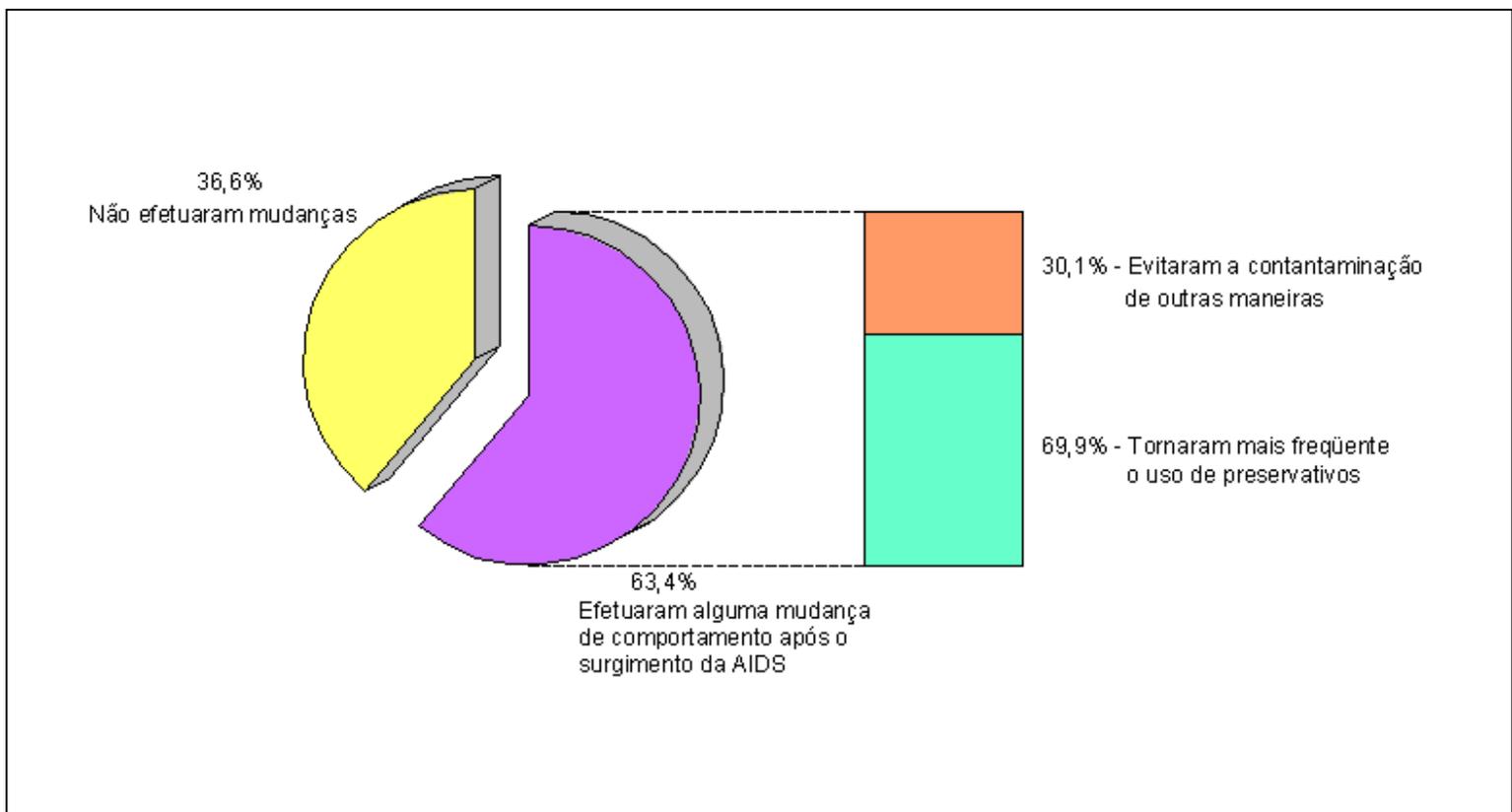


Tabela 8.

Questões relativas ao tratamento para uso de drogas da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

Já recebeu algum tratamento para abuso de drogas:	(%) 28,0
Nº de vezes em regime ambulatorial¹:	
- Clínica de tratamento para uso de drogas	
Nenhuma	78,3
Uma vez	15,9
Duas vezes	4,4
Três ou mais	1,4
- Grupos de ajuda mútua	
Nenhuma	64,7
Uma vez	32,4
Duas vezes	2,9
- Fazendas terapêuticas	
Nenhuma	89,7
Uma vez	10,3
- Psicoterapia com profissional licenciado	
Nenhuma	75,0
Uma vez	19,1
Duas vezes	4,4
Três ou mais	1,5
- Instituição exclusivamente religiosa	
Nenhuma	86,8
Uma vez	13,2
- Hospital psiquiátrico	
Nenhuma	95,6
Uma vez	4,4

(%): proporção de respostas positivas

¹ referente às 69 pessoas que relataram ter recebido tratamento.

Tabela 8 - continuação.

Questões relativas ao tratamento para uso de drogas da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

	(%)
Quantas vezes foi internado(a) ou tratado(a)¹:	
- Clínica de tratamento para uso de drogas	
Nenhuma	63,8
Uma vez	24,6
Duas vezes	2,9
Três ou mais	8,7
- Grupos de ajuda mútua	
Nenhuma	94,1
Uma vez	4,4
Duas vezes	1,5
- Fazendas terapêuticas	
Nenhuma	82,4
Uma vez	11,7
Duas vezes	1,5
Três ou mais	4,4
- Psicoterapia com profissional licenciado	
Nenhuma	98,5
Uma vez	1,5
- Instituição exclusivamente religiosa	
Nenhuma	85,3
Uma vez	13,2
Duas vezes	1,5
- Hospital psiquiátrico	
Nenhuma	83,8
Uma vez	11,8
Duas vezes	4,4
Está recebendo atualmente tratamento para o uso de drogas¹:	37,7
Começou o tratamento nos 30 dias anteriores a entrevista²:	48,1
Que modalidade de tratamento está recebendo atualmente³:	
Clínica de tratamento para uso de drogas	28,6
Grupos de ajuda mútua	28,5
Psicoterapia com profissional licenciado	38,1
Outros	4,8

(%): proporção de respostas positivas;

¹ Referente às 69 pessoas que relataram ter recebido tratamento;

² Referente às 26 pessoas que relataram receber atualmente tratamento para uso de drogas.

³ Referente às 21 pessoas que definiram alguma modalidade de tratamento atual que estão recebendo.

Tabela 9.

Características comportamentais quanto ao compartilhamento de agulhas e/ou seringas e ao compartilhamento de parafernália de injeção da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

	(%)
De quantas pessoas diferentes, ao todo, você obteve agulhas e/ou seringas usadas nos últimos 6 meses¹:	
De 1 a 5 pessoas	79,6
De 6 a 15 pessoas	14,8
Acima de 15 pessoas	5,6
Frequência de compartilhamento de agulhas e/ou seringas usadas nos últimos 6 meses:	
Nunca	76,9
Menos de uma vez ao mês	15,4
1-3 vezes ao mês	6,5
Cerca de uma vez por semana	1,2
Frequência com que limpou antes de usar as agulhas e/ou seringas dadas, emprestadas, alugadas ou vendidas por outra pessoa, nos últimos 6 meses¹:	
Nunca	57,1
Ocasionalmente	19,6
Aproximadamente metade das vezes	1,8
A maioria das vezes	7,1
Sempre	14,3
Durante os últimos 6 meses, como habitualmente limpava as agulhas e/ou seringas que outra pessoa já havia utilizado²:	
Com água	72,7
Com água fervendo	4,5
Com álcool	22,7
Nos últimos 6 meses, alguma vez você se injetou com uma seringa já cheia (já preparada para a injeção)³:	28,3
Nos últimos 6 meses, compartilhou parafernália de injeção que não agulhas e seringas³:	40,8
Nos últimos 6 meses, já se injetou utilizando uma seringa na qual outra pessoa colocou alguma droga com seringa usada dele(a) (<i>frontloading</i>, <i>backloading</i>, etc.)³:	16,1
Nos último 6 meses, já encheu a seringa com uma solução contendo drogas compartilhadas por outras pessoas³:	57,5
Nos últimos 6 meses, alguma vez você se injetou em uma galeria de pico ("calo") em local fechado, casa de traficante ou outro local para o uso de drogas³:	37,4
Nos últimos 6 meses, alguma vez você se injetou em uma galeria de pico ("calo") ao ar livre, ou em outro local para uso de drogas³:	48,3
Nos últimos 6 meses, alguma vez você recebeu alguma injeção de um injetador profissional³:	1,1
Nos últimos 6 meses, alguma vez você se injetou usando uma seringa feita em casa (artesanal)³:	0,6

(%): proporção de respostas positivas;

¹ 57 pessoas que relataram compartilhamento de agulhas e/ou seringas usadas nos últimos 6 meses;

² Referente às 22 pessoas que especificaram o modo como limpava as agulhas e/ou seringas já usadas por outra pessoa;

³ Referente às 174 pessoas que relataram ter injetado nos últimos 6 meses.

Tabela 9- continuação

Características comportamentais quanto ao compartilhamento de agulhas e/ou seringas e ao compartilhamento de parafenália de injeção da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

	(%)
Nos últimos 6 meses, com que freqüência você deu, emprestou, alugou ou vendeu a outra pessoa uma agulha/seringa que já havia sido usada anteriormente²:	
Nunca/Nenhuma	77,7
Menos de uma vez ao mês	13,0
1-3 vezes ao mês	8,1
Cerca de uma vez por semana ou mais	1,2
A quantas pessoas diferentes, ao todo, você já deu, emprestou, alugou ou vendeu agulhas/seringas usadas nos últimos 6 meses¹:	
De 1 a 5 pessoas	73,1
De 6 a 15 pessoas	19,2
Acima de 15 pessoas	7,7
Nos últimos 6 meses, alguma vez você ajudou alguém a se injetar pela 1ª vez²:	20,1
Nos últimos 6 meses, você obteve alguma agulha/seringa nova/ que não tivesse(m) sido utilizada(s) antes²:	92,5
Nos últimos 6 meses, como você obteve agulhas/seringas novas/não utilizadas³:	
Farmácia	70,8
Hospital	3,1
Membro da família que não o(a) parceiro(a) sexual	0,6
Amigos	4,3
Outros usuários de drogas	0,6
Programa de troca de agulha/seringa	42,2
Roubou de uma fonte de suprimento	1,9
Qual a fonte de seringa/agulhas que usa mais freqüentemente⁴	
Farmácia	55,9
Programa de troca de agulha/seringa	37,8
Outros	6,3

(%): proporção de respostas positivas;

¹ Referente às 52 pessoas que relataram ter dado, emprestado, alugado ou vendido agulhas/seringas usadas nos últimos 6 meses;

² Referente às 174 pessoas que relataram ter injetado nos últimos 6 meses;

³ Referente às 161 pessoas que relataram obter agulhas/seringas novas, que não tivessem sido utilizadas anteriormente, admitindo múltiplas respostas;

⁴ Referente às 143 pessoas que relataram qual a fonte de seringas/agulhas que usa mais freqüentemente.

Tabela 10

Características comportamentais quanto ao compartilhamento de agulhas e/ou seringas e ao compartilhamento de parafernália de injeção da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

	(%)
Nas vezes em que injetou com agulhas e/ou seringas usadas nos últimos 6 meses, a qual freqüência com que eles pertenciam a *:	
Parceiro(a) sexual principal	
Nunca	90,0
Ocasionalmente	5,0
A maioria das vezes	5,0
Algum parente que não seja seu(sua) parceiro(a) sexual	
Nunca	82,4
Ocasionalmente	17,6
Um(a) amigo(a) íntimo(a)	
Nunca	6,5
Ocasionalmente	47,8
Aproximadamente metade das vezes	21,8
A maioria das vezes	15,2
Sempre	8,7
Traficante/dono de galeria de pico (“calo”)/injetador profissional/outro profissional do mercado de drogas	
Nunca	82,4
Ocasionalmente	11,7
Sempre	5,9
Outra pessoa qualquer que você não conhecia bem	
Nunca	50,0
Ocasionalmente	12,5
Aproximadamente metade das vezes	8,3
A maioria das vezes	16,7
Sempre	12,5

(%): proporção de respostas positivas;

* Dentre aqueles que utilizaram agulhas usadas pelo menos 1 vez na companhia de pessoas pertencentes a alguma das categorias descritas

Tabela 11

Características comportamentais quanto ao compartilhamento de agulhas/seringas da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

	(%)
Quais as possíveis razões pelas quais você pode ter compartilhado agulhas/seringas nos últimos 6 meses *	
Outros usuários me pressionaram a compartilhar	1,8
Pensei que era seguro, porque eu a(s) tinha limpado	9,1
Sou cuidadoso(a) ao escolher com quem compartilho	5,5
Estava preso(a)	1,8
Não tinha minha(s) própria(s) agulha(s) e/ou seringa(s)	76,8
Agulhas e/ou seringas são difíceis de conseguir	1,8

(%): proporção de respostas positivas;

* Referente às 56 pessoas que compartilharam agulhas/seringas nos últimos 6 meses, admitindo múltiplas respostas.

Tabela 12.

Questões relativas à última injeção conforme relato da população estudada: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

	(%)
Ano em que se injetou pela última vez¹:	
1960-1989	6,3
1990-1998	16,5
1999-2000	77,2
Onde se injetou nesta ocasião²:	
No lugar onde eu moro	36,1
Na casa do(a) meu(minha) parceiro(a) sexual	1,3
Na casa de um parente (que não o parceiro sexual)	0,4
Na casa de um(a) amigo(a)	19,6
Na casa de alguma outra pessoa	2,2
Em um abrigo ou residência mantida pelo governo/instituição	0,4
Em colégio/escola/faculdade	0,0
Num local específico de “uso seguro” de drogas	1,3
Numa galeria de pico (“calo”) em local fechado, na residência de um traficante ou algum outro local onde se consome drogas	0,4
Numa galeria de pico (“calo”) ao ar livre, ou algum outro local aberto onde se consome drogas	8,7
Em um clube ou bar	2,6
Em qualquer outro local público (rua, parque, construção abandonada, banheiro público, etc.)	26,1
Em um carro ou veículo similar	0,4
Recusou	0,4
Quantas outras pessoas estavam também se injetando neste mesmo local, ao mesmo tempo que você:	
Injetei sozinho	20,3
De 1 a 5 pessoas	69,5
6 ou mais pessoas	10,2

(%): proporção de respostas positivas

¹ 237 respostas válidas

² 230 respostas válidas

Tabela 13

Associações univariadas entre as principais variáveis, sócio-demográficas e referentes à história médica com a infecção pelo HIV: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246), Rio de Janeiro 1999-2000

Associações estatisticamente significativas

	ORs	p
Vive sozinho(a) atualmente	6,25 (IC 95%: 2,05 - 19,06)	0,000
Obteve alguma agulha e/ou seringa nova que não tivesse(m) sido utilizada(s) antes	0,17 (IC 95%: 0,04 - 0,76)	0,010
Injetou com alguém infectado pelo HIV	6,97 (IC 95%: 1,64 - 29,66)	0,003
Injetou com alguém com hepatite	12,67 (IC 95%: 1,93 - 83,10)	0,001
Nos últimos 5 anos, em algum momento, teve um relacionamento sexual com outro homem	3,50 (IC 95%: 1,17 - 10,47)	0,018
Alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha tuberculose	6,17 (IC 95%: 1,48 - 25,77)	0,005
Alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha sífilis	7,75 (IC 95%: 2,33 - 25,78)	0,000
Alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha gonorréia	6,38 (IC 95%: 1,75 - 23,25)	0,002
Alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha herpes genital	19,08 (IC 95%: 2,47 - 147,37)	0,017*
Alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha veias colabadas ou outros danos diretamente decorrentes do uso injetável	4,97 (IC 95%: 1,69 - 14,60)	0,002
Você recebeu um resultado positivo para o teste para o HIV	129,00 (IC 95%: 10,09 - 1648,64)	0,000*
Você recebeu um resultado negativo para o teste para o HIV	0,10 (IC 95%: 0,01 - 0,64)	0,026*
Nos últimos 6 meses, tomou alguma medicação anti-AIDS, como AZT, DDI, inibidores da protease, ou alguma outra	0,05 (IC 95%: 0,03 - 0,08)	0,000*
Alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha AIDS	115,00 (IC 95%: 12,26 - 1078,55)	0,000*

* Teste Exato de Fisher (uma ou mais caselas com valores inferiores a 5)

Tabela 14

Associações univariadas entre as principais variáveis sócio-demográficas e referentes à história médica com a infecção pelo HIV: usuários de drogas injetáveis e ex-usuários de drogas injetáveis (n=246). Rio de Janeiro 1999-2000

Associações limítrofes (*borderlines*)

	ORs	p
Na primeira vez que injetou o próprio indivíduo se auto-administrou a droga	5,79 (IC 95%: 10,75 - 44,92)	0,059
Teve relações com parceiro(s) ocasionais não tendo utilizado nunca preservativos	0,27 (IC 95%: 0,06 - 1,18)	0,066
Teve relações vaginais ou anais com clientes do sexo oposto sem nunca utilizar preservativos *	-	0,054
Você já foi testado(a) para o HIV	2,73 (IC 95%: 0,95 - 7,88)	0,054
Algum vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha Hepatite	3,12 (IC 95%: 0,92 - 10,57)	0,056
Recebeu aconselhamento pré-teste com relação ao teste para o HIV	2,91 (IC 95%: 0,98 - 8,63)	0,045

* Impossível calcular OR devido a casela com valor zero

Discussão

No momento em que esta dissertação foi redigida, o projeto WHO II, que se estenderá até setembro de 2001, estava em andamento. Por esta razão, nos restringimos na presente dissertação a uma primeira análise dos 246 usuários de drogas injetáveis recrutados pelo projeto (“em atividade” e ex-usuários de drogas injetáveis).

Não foi possível desenvolver análises multivariadas devido ao pequeno número de usuários de drogas infectados pelo HIV.

Por isso, nos atemos na discussão que se segue a um aspecto central dos nossos achados, o declínio das taxas de infecção pelo HIV, frente a estudos anteriores, evidenciado pela prevalência pontual de 6,1% para a infecção pelo HIV encontrada no presente estudo.

Declínio das taxas de infecção e o papel dos programas de prevenção

Como mostram diversos estudos (Groseclose, *et al.*, 1995; Caiffa & Bastos, 1998; Des Jarlais *et al.*, 1998; Marques & Doneda, 1998; Wright-De Agüero, *et al.*, 1998; Bastos *et al.*, 1999; Bastos *et al.*, 2000; Bastos & Strathdee, 2000) intervenções preventivas entre UDI podem ser eficazes na redução de comportamentos de risco, especialmente àquelas relativas aos hábitos de injeção.

Os Programas de Troca de Seringa, através de seus diferentes componentes (a troca de seringas em si, a distribuição de condoms, o aconselhamento, o encaminhamento dos pacientes a serviços para o tratamento do abuso de drogas e clínico, etc.), parecem reduzir as consequências negativas associadas ao uso de drogas injetáveis. Os efeitos diretos e indiretos destes programas sobre a transmissão de patógenos do sangue não ocorrem necessariamente de um único modo. Um exemplo de efeito direto destes programas sobre a transmissão das infecções de transmissão sangüínea ocorre quando um indivíduo obtém, e usa de forma exclusiva e sistemática, equipamentos de injeção estéreis oferecidos por estes programas.

Estes programas também podem oferecer proteção contra novas infecções de patógenos transmitidos sexualmente através do aumento da disponibilidade de preservativos, aconselhamento e teste para o HIV, vacinação para a hepatite B (sendo o HBV um agente transmitido por via sexual e sangüínea), e mesmo do

encaminhamento de um número substancial de usuários de drogas injetáveis às diversas modalidades de tratamento, que, quando bem sucedidas, os retiram da cena de uso, mantendo-os abstinentes ou, no mínimo, moderando seus padrões de consumo (Bastos & Strathdee, 2000; Des Jarlais *et al.*, 1998).

Os Programas de Troca de Seringa podem ter ainda um efeito protetor indireto sobre as redes sociais dos participantes do programa, ao atingir UDI que não são atendidos diretamente pelo programa e mesmo aqueles que não necessariamente compartilham equipamentos de injeção com os UDI que foram atendidos pelo programa. Isto ocorre tanto através da “troca secundária”, onde os UDI que obtêm seringas a partir destes Programas de Troca de Seringa as entregam a outros UDI, que não podem ou que escolhem não freqüentar estes programas, como ainda por alterações mais amplas no âmbito da ecologia das doenças infecciosas em uma dada comunidade – ao reduzirem de forma global as taxas de infecção em uma dada comunidade e/ou melhorar a imunidade desta comunidade (*herd immunity*) (Bastos & Strathdee, 2000).

O compartilhamento de equipamentos de injeção de drogas não estéreis constitui uma via bastante eficiente para a propagação do HIV. Nos lugares onde é habitual o compartilhamento destes materiais, a infecção pelo HIV pode se propagar entre as populações de usuários de drogas injetáveis numa velocidade muito rápida (Rhodes *et al.*, 1999). Devido à forma de preparar a droga, na Europa Oriental e Ásia Central, também existe o perigo de que as próprias soluções de drogas vendidas também estejam contaminadas pelo HIV (Rhodes *et al.*, 1999). Isto significa que mesmo que se utilize material de injeção estéril, pode persistir, em diferentes contextos, um certo risco de transmissão do HIV através destes materiais de injeção (UNAIDS, 2000).

Por outro lado, um mecanismo semelhante, porém com direção inversa, parece operar nas epidemias em declínio. A partir de prevalências baixas e globalmente declinantes do HIV numa dada comunidade, as interações potencialmente de risco são cada vez mais exclusivamente potenciais e não determinantes de risco efetivo, ou seja, ainda que um UDI, por exemplo, compartilhe equipamentos de injeção com outros UDI, a chance de um deles estar infectado é relativamente baixa e de ocorrer transmissão do HIV ainda mais reduzida (Des Jarlais *et al.*, 1998).

Como os UDI não constituem uma população isolada, mas sim em permanente interação com outros segmentos populacionais em uma dada comunidade, o declínio das taxas de infecção de outros segmentos populacionais faz com que os UDI tenham menor chance de se infectar ao manterem relações sexuais desprotegidas com outros indivíduos. Além disso, no Brasil de hoje contamos com uma situação particularmente privilegiada na medida em que o moderno tratamento anti-retroviral de alta potência (HAART) está disponibilizado para todo e qualquer pessoa com AIDS e ou mesmo infectada que preencha os critérios de elegibilidade. Ainda que os usuários de drogas pareçam aderir menos ao tratamento com o HAART (Nemes et al., 1999), vêm-se beneficiando em certa medida destes esquemas terapêuticos, com melhora acentuada da qualidade de vida e uma redução de sua infectividade, ou seja, o tratamento possui uma dimensão tanto individual como de proteção da saúde coletiva (ao, reduzindo a infectividade, reduzir as taxas de transmissão – Barroso et al., 2000).

O Ministério da Saúde vem implementando um programa de redução de danos (incluindo a troca de seringas e inúmeras outras atividades, no Município do Rio de Janeiro há cerca de 5 anos, junto com outras cidades brasileiras. Duas destas cidades (de um conjunto de cidades com programas, que hoje totalizam 33 programas em todo o território nacional), integram o estudo multicêntrico da OMS, do qual este estudo (e esta dissertação) fazem parte. Também nessas cidades, Santos, São Paulo, e Salvador, Bahia, observou-se (como anteriormente mencionado) declínio expressivo das taxas de infecção para diversos agentes infecciosos.

Na presente amostra, a maioria dos entrevistados (~62%) relatou já ter tido contato com diferentes atividades/programas de prevenção, principalmente com agentes de saúde, locais de fornecimento de preservativos e programas de trocas de seringa. Além disso, os programas de troca de seringas constituíram a sua segunda fonte mais importante de seringas estéreis (depois das farmácias). Portanto, é inegável o papel dos programas de prevenção nesta população, embora seja impossível devido ao desenho do estudo atribuir desfechos específicos a intervenções específicas.

De modo distinto, o impacto do tratamento para o uso de drogas não parece constituir um fator central no declínio das taxas de infecção na presente amostra, já

que tanto do ponto de vista do tratamento ambulatorial como da internação os relatos de tratamentos anteriores, e principalmente atuais, foram pouco freqüentes.

Finalmente, reforçando a argumentação acima no sentido de um declínio expressivo das taxas de infecção pelo HIV, cabe observar um declínio não exclusivamente da prevalência para a infecção pelo HIV, mas igualmente da incidência, conforme observado em estudo anterior (Guimarães et al., submetido). Analisando amostras de sangue congeladas a -70° C, resultantes de estudo desenvolvido em 1994-6, utilizando metodologia semelhante, na população de UDI, através de protocolo de testagem com Elisas mais e menos sensíveis (ou “detuned assays”), capaz de identificar novas infecções pelo HIV (incidência), não foi encontrada nem uma única infecção nova pelo HIV no conjunto de usuários de drogas injetáveis analisados (Guimarães et al., submetido).

Hipóteses alternativas para o declínio das taxas de infecção e limitações do estudo em analisa-las:

Certas limitações de estudos desta natureza são dificilmente contornáveis, pois estes envolvem o consumo de substâncias ilegais e têm como alvo uma população marginalizada. Isto acarreta uma grande dificuldade de localização, recrutamento e envolvimento dos participantes na pesquisa, e impede a definição precisa de um “universo” de pesquisa. Portanto, um fator importante que provavelmente pode ter determinado algum impacto negativo neste trabalho em termos da representatividade da amostra, é a possibilidade de obter uma amostra “viciada”, através da metodologia chamada “bola de neve”, ao recrutar seletivamente algumas redes sociais e não outras (Bastos & Szwarcwald, 1998), ainda que estudo anterior desenvolvido no Rio de Janeiro nesta mesma população e utilizando a mesma estratégia de recrutamento não tenha encontrado viés relevante (Lopes et al., 1996)

O fato da fase inicial, qualitativa, do projeto da OMS ter sido realizada através do NEPAD - UERJ (Centro de tratamento para o uso de drogas da UERJ), pode ter feito com que as pessoas que foram recrutadas inicialmente para o projeto (e que passaram a referir sucessivamente outras pessoas) possam ter concordado em participar porque estavam à procura de assistência ou dinheiro, ou por se tratar de pessoas mais preocupadas com a saúde. Também em função disto pode ter ocorrido um viés de seleção. Cabe observar, no entanto, que a fase inicial,

qualitativa, conseguiu reunir cerca de 40 informantes-chaves e recrutadores de diferentes áreas geográficas e diferentes inserções na cena de uso, o que certamente ampliou a abrangência e diversidade das redes de usuários de drogas e comunidades abrangidas.

A amostra obtida através do processo de recrutamento aqui utilizado está sujeita a diferentes vícios (*biases*) como consequência de diferentes problemas habitualmente enfrentados pelos agentes de saúde (recrutadores), tais como dificuldades de contactar usuários, devido ao caráter oculto e estigmatizado destes hábitos de consumo e à dispersão geográfica e social dessa população.

As áreas de recrutamento do presente estudo, bastante abrangentes quanto ao município do Rio de Janeiro, têm sido minuciosamente explorada por uma equipe móvel de diversos agentes de saúde, devidamente treinados e pagos por tarefa, que se utilizam de uma van para ir e vir das comunidades ou contam com recursos do projeto para o seu transporte e/ou para o deslocamento dos usuários drogas, quando há necessidade de utilizar transporte público, além de auxílio-alimentação. Estes procedimentos buscam minimizar a chance de deixar seletivamente de recrutar determinada(s) rede(s) social(is) de usuários de drogas, minimizando igualmente as dificuldades de transporte entre as comunidades e o centro onde são realizadas as entrevistas e coleta de material biológico e as eventuais recusas.

Projeto anterior coordenado pelo NEPAD - UERJ/ Universidade de Miami, no município de Rio de Janeiro, entrevistou também basicamente pessoas oriundas das “ruas”, até 1996, utilizando a mesma estratégia de recrutamento, mas não recrutou nenhum UDI em atividade. Estabelecendo-se uma comparação com a subamostra de usuários de cocaína por via não injetável e ex-UDI (sem incluir UDIs na “ativa”) daquele projeto, verificamos que a soroprevalência para o HIV do presente projeto (~6%) é inferior aos 8% encontrados por aquele estudo com relação à referida subamostra de usuários de cocaína por via não injetável e ex-UDI (Surratt, 2000), ou seja, de que um viés de seleção de recrutamento não explicaria integralmente o declínio da prevalência ora observado.

Apesar do recrutamento dos UDIs ter sido realizado em locais de baixa renda, a amostra deste estudo pode ser considerada como basicamente composta pela classe média baixa, com nível de escolaridade razoável, ou seja, 70,0% da amostra com pelo menos o 1º grau completo, e uma pequena minoria se apresentando sem endereço fixo ou morando em abrigos, quarto alugado ou em alguma comunidade

residencial, o que foge um pouco dos parâmetros apresentados em estudos anteriores (Telles *et al.*, 1997), talvez no sentido de uma população socialmente menos vulnerável, e mais propensa a freqüentar programas preventivos.

Numa visão geral, tendo em vista os dados apresentados, a população estudada parece conhecer bem os fatores de risco para a infecção pelo HIV e parece saber como se prevenir, tanto com relação às drogas, quanto em relação ao sexo. Entretanto, a população estudada referiu níveis elevados de comportamentos de risco. Por exemplo, o compartilhamento de seringas e o sexo sem preservativos foram freqüentemente citados, principalmente este último, isto apesar da maioria dos UDI terem espontaneamente mencionado as relações sexuais desprotegidas como uma prática de risco quanto à transmissão do HIV.

Quanto ao conhecimento sobre as vias de transmissão do HIV, 62,2% sabiam da possibilidade de infecção pelo HIV através do compartilhamento de agulhas e/ou seringas. Entretanto, apenas 37,8% sabiam da possibilidade de infecção pelo HIV através dos demais materiais de injeção (parafernália)/solução de drogas. O compartilhamento de parafernália de injeção e a utilização de soluções de drogas compartilhadas por outras pessoas foram relatadas pelos entrevistados com razoável freqüência. Este resultado já esperado, uma vez que as atividades de prevenção não enfatizam muito os comportamentos de risco relativo ao uso de parafernália (que não agulhas e seringas diretamente). Vale ressaltar a inexistência de trabalhos nacionais sobre esta questão, a despeito da crescente bibliografia internacional (Jose *et al.*, 1993; Grund *et al.*, 1996; Stark *et al.*, 1996).

A maioria (63,4%) dos usuários de drogas injetáveis entrevistados pelo estudo relatou ter efetuado alguma mudança de comportamento após o advento da AIDS, um achado fundamental, especialmente numa população que muitos julgavam, e julgam, impermeável às mudanças de qualquer natureza, em virtude do grave quadro psicológico que geralmente os acomete.

Essas mudanças vêm sendo observadas de forma consistente em diferentes contextos (Des Jarlais *et al.*, 1995) e vêm-se mostrando associados a mudanças objetivamente observáveis (Des Jarlais *et al.*, 1996).

Todos os UDI da amostra já ouviram falar sobre HIV ou AIDS, e a maioria fala com razoável freqüência com seus parceiros(as) e companheiros(as) usuários(as) de drogas, embora a maioria não fale sobre o HIV ou AIDS com seus familiares. Estes dados sugerem uma situação intermediária, distinta do observado em

momentos anteriores da epidemia (Telles *et al.*, 1997), onde persiste, sem dúvida, algum estigma, mas já existe uma abertura para o diálogo.

Os UDI entrevistados sabem também que uma pessoa pode se infectar com o HIV e ter uma aparência saudável. Ficou claro neste estudo, que cerca da metade ou mais dos UDIs acreditam que as pessoas com HIV ficarão seriamente doentes, e talvez por essa razão expressem preocupação em relação ao conhecimento das formas de infecção pelo HIV e a sua prevenção, embora nem sempre consigam traduzir suas preocupações em mudanças efetivas do comportamento. No entanto, o conhecimento e percepção de vulnerabilidade diante do HIV/AIDS constituem uma etapa fundamental, embora não suficiente, da mudança de comportamento no sentido de práticas mais seguras (Souza *et al.*, 1999).

Apesar da frequência de uso de preservativos com parceiros(as) ocasionais ou principais ter sido relativamente baixa e a frequência de relacionamento sexual tanto com parceiros(as) ocasionais quanto com parceiros(as) principais ter sido elevada, o que se nota nesta amostra é que este tipo de comportamento viria acompanhado de uma certa prudência e seletividade. Um exemplo disto se refere às parcerias com parceiros(as) principais, no âmbito das quais a maioria relatou ter apenas 1 parceiro(a) principal, mas também com relação às parcerias com parceiros(as) ocasionais, com a maioria relatando ter tido até 5 parceiros(as) ocasionais nos últimos 6 meses anteriores à entrevista. Além da redução do número de parceiros frente a estudos anteriores (Telles *et al.*, 1997), o relato de uso de preservativos com parceiros(as) ocasionais foi bastante mais freqüente do que com parceiros principais, ou seja, apesar da persistência dos riscos, o comportamento dos UDI se mostra claramente seletivo em relação a estes riscos.

Outro aspecto que merece destaque aqui se refere às proporções bastante reduzidas de respostas positivas às questões “[fez] troca de sexo por dinheiro ou mercadoria” ou “[fez] troca de sexo por drogas”, bastante discrepantes em relação à opinião de muitas pessoas que acreditam que estas práticas sempre integram as estratégias dos usuários para obter drogas.

Com relação ao compartilhamento de agulhas/seringas usadas, a frequência deste comportamento foi relativamente baixa frente a estudos anteriores (Telles *et al.*, 1997), e o número de pessoas a partir das quais foram obtidos estes equipamentos pode ser considerado razoavelmente reduzido (de 1 a 5 pessoas), também em comparação com estudos anteriores desenvolvidos na mesma

população (sumarizados em Telles *et al.*, 1997) embora a freqüência de limpeza seja, na presente amostra, persistentemente baixa e, na ampla maioria dos casos, ineficaz.

O impacto aparentemente benéfico dos programas de prevenção sobre esta população deve ser continuamente avaliado, no âmbito deste e outros estudos. Afinal, se isso estiver de fato ocorrendo, tais programas deverão ser estimulados e ampliados na sua abrangência geográfica e oferta de serviços. Pode estar aí a chave da prevenção nesta população que muitos julgavam de todo inacessível e refratária a qualquer mudança e melhoria de suas condições de saúde.

Bibliografia:

ABDALA, N.; STEPHENS, P. C.; GRIFFITH, B. P. & HEIMER, R., 1999. Survival of HIV-1 in syringes. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 20:73-80.

ANDRADE, T.M.; DOURADO, I. & GALVÃO-CASTRO, B., 1998. Associations among HTLV-I, HTLV-II, and HIV in injecting drug users in Salvador, Brasil. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18:186-187.

ANTHONY, J. V.; DAVID, V.; NELSON, K. E. *et al.*, 1991. New evidence on intravenous cocaine use and risk of infection with human immunodeficiency virus type 1. *American Journal of Epidemiology*, 134:1175-89.

ARAL S. O., 1993. Heterosexual transmission of HIV: The role of other sexually infections and behaviour in its epidemiological prevention and control. *Annual Review of Public Health*, 14:451-467.

BARBOSA, M. T. S. & STRUCHINER, C. J., 1997. Estimativas do número de casos de AIDS: Comparação de métodos que corrigem o atraso da notificação. In: A Epidemia de AIDS no Brasil: Situação e tendências, (Coordenação Nacional de DST e AIDS, org.), pp. 15-26, Brasília: – Ministério da Saúde.

BARCELLOS, C. & BASTOS, F. I., 1996. Redes sociais e difusão da AIDS no Brasil. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 121:11-24.

BARROSO, P. F.; SCHECHTER, M.; GUPTA, P. *et al.*, 2000. Rebound of seminal HIV-1 viral load associated with sexually transmitted diseases (STDs) after virologic suppression by antiretroviral therapy. *7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 30 de janeiro – 2 de fevereiro de 2000, São Francisco, CA.

BASTOS, F. I. & COUTINHO, K., 1997. A epidemia pelo HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (UDI) no Brasil: Cenários. In: A Epidemia de AIDS no Brasil:

Situação e tendências, (Ministério da Saúde, org.), pp. 71-86, Brasília: Ministério da Saúde.

BASTOS, F. I. & STRATHDEE, S. A., 2000 (no prelo). Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects. *Social Science & Medicine*

BASTOS, F. I.; LOWNDES, C. M.; DERRICO, M. *et al.*, 2000. Sexual behaviour and infection rates for HIV, blood-borne and sexually transmitted infections among patients attending drug treatment centres in Rio de Janeiro, Brasil. *International Journal of STD & AIDS*, 11:383-392.

BASTOS, F. I. & SZWARCWALD, C. L., 2000. AIDS e pauperização: Principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (supl. 1): 65-76.

BASTOS, F. I., 1996. *Ruína & Reconstrução - AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, ABIA & IMS-UERJ.

BASTOS, F. I., 1998. Uso Indevido de Drogas & DST/AIDS. In: Drogas e AIDS: Elementos para uma agenda renovada de pesquisa e prevenção - II: A dimensão ecológica do tratamento medicamentoso. *Encarte do Boletim Epidemiológico AIDS*, XI (3): 4-5

BASTOS, F. I.; STRATHDEE, S. A.; DERRICO, M. & PINA, M. F., 1999. Drug use and the spread of HIV/AIDS in South America and the Caribbean. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6:29-49.

BASTOS, F. I., no prelo. A questão da transição das vias de consumo de drogas. In: *Drogas e AIDS: Elementos para uma agenda renovada de pesquisa e prevenção – III. Uso indevido de drogas & DST/AIDS*. Suplemento do Boletim Epidemiológico.

BASTOS, F. I.; TELLES, P. R.; OLIVEIRA, M. L. & MORGADO, M. G., 2000 (no prelo). Fatores de risco para a infecção pelo HIV e HTLV e hepatites virais de transmissão sangüínea entre usuários de drogas injetáveis no Rio de Janeiro: principais achados de

um Projeto Multicêntrico (Projeto Brasil) e proposição de estratégias preventivas. In: *Prevenção de Drogas e AIDS. Rumos para um Novo Paradigma*, (Seibel, S. & Mesquita, F. C., orgs.). São Paulo: Hucitec.

BELTRÁN, M. A., 1992. Embarazo en mujeres drogadictas intravenosas y parejas sexuales de varones drogadictos intravenosos. In: *A Portfolio of AIDS/STD Behavioral Interventions and Research*, pp. 216-218, Washington, D.C.: PAHO.

BOND, L. S. & LONGSHORE, D., 1992. The role of non-injection substance use in influencing HIV/DST risk behavior in four American countries. In: *A Portfolio of AIDS/STD Behavioral Interventions and Research*, pp. 209-215. Washington, D.C.: PAHO.

CAIAFFA, W. T. & BASTOS, F. I., 1999. Usuários de drogas injetáveis e infecção pelo vírus da imunodeficiência humana: Epidemiologia e perspectivas de intervenção. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 1:2-15.

CAMACHO, L. M.; BROWN, B. S. & SIMPSON, D. D., 1996. Psychological dysfunction and HIV/AIDS risk behavior. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 11:198-202.

CARVALHO, H. B.; MESQUITA, F.; MASSAD, E. *et al.*, 1996. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 12:84-92.

CARVALHO, H. B., s/d. Prevalência da infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras – Projeto Brasil (mimeo).

CASTILHO, E. A. & SZWARCOWALD, C. L., 1998. Mais uma pedra no meio do caminho dos jovens brasileiros: A AIDS. In: *Jovens Acontecendo na Trilha das Políticas Públicas*. (CNPD, org.) Vol. II, pp. 197-207. Brasília: CNPD.

CDC (Centers for Disease Control & Prevention), 1998. Where did HIV come from? HIV & AIDS prevention, CDC update, 30 de novembro. Fevereiro de 2000 < http://www.cdc.gov/nchstp/hiv_aids>.

CHOOPANYA, K.; VANICHSENI, S.; DES JARLAIS, D. C. *et al.*, 1991. Risk factors and HIV seropositivity among injecting drug users in Bangkok. *AIDS*, 5:1509-13.

DES JARLAIS, D. C.; FRIEDMAN, S. R.; FRIEDMANN, P.; WENSTON, J. *et al.*, 1995. HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings. *AIDS*, 9:611-7.

DES JARLAIS, D. C.; FRIEDMANN, P.; HAGAN, H. & FRIEDMAN, S. R., 1996. The protective effect of AIDS-related behavioral change among injection users: a cross-national study. *American Journal of Public Health*, 86:1780-5

DES JARLAIS D. C.; PERLIS, T.; FRIEDMAN, S. R.; Deren, S. *et al.*, 1998. Declining seroprevalence in a very large HIV epidemic: Injecting drug users in New York City, 1991 to 1996. *American Journal of Public Health*, 88:1801-1806.

DES JARLAIS, D. C., 1998. Understanding the long-term course of HIV epidemics. [Editorial Comment], *AIDS*, 12:669-670.

DIAZ, T.; CHU S. Y.; WEINSTEIN, B. *et al.*, 1998. Injection and syringe sharing among HIV-infected injection drug users: Implications for prevention of HIV transmission. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18: S76-81.

DRUMMOND JR. M., 1998. Vigilância de mortes evitáveis: Acesso rápido e descentralização de informações. In: *Epidemiologia, Serviços e Tecnologia em Saúde* (Barreto, M.L. *et al.*, org.), pp. 93-105. Rio de Janeiro: Abrasco/Fiocruz.

FONSECA, M. G.; BASTOS, F. I.; DERRICO, M. *et al.*, 2000. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (Sup.1):77-87.

FRANKEN, I. H. A. & KAPLAN, C. D., 1997. Risk contexts and risk behaviors in the euregion Maas-Rhein: The boule de neige intervention for AIDS prevention among drug users. *AIDS Education and Prevention*, 9:161-180.

FRIEDMAN, S. R.; FRIEDMANN, P.; TELLES, P. R. *et al.*, 1998. New injectors and HIV-1 risk. In: *Drug Injecting and HIV Infection: Global Dimensions and Local Responses* (Stimson, G; Des Jarlais, DC & Ball, A., orgs.), pp. 76-90. Londres: UCL Press.

GERBERDING, J. L. & KATZ, M. H., 1999. Post-exposure prophylaxis for HIV. *Advances in Experimental Medical Biology*, 458:213-22

GLEGHORN, A. A.; DOHERTY, M. C.; VLAHOV, D.; CELENTANO, D. D.; JONES, T. S. J., 1994. Inadequate bleach contact times during syringe cleaning among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 7: 767-72.

GOLLUB, E. L.; REY, D.; OBADIA, Y. *et al.*, 1998. Gender differences in risk behaviors among HIV+ persons with an IDU history. *Sexually Transmitted Diseases*, 25: 483-488.

GOMES, M. R. O., 1998. Epidemia de AIDS no Brasil: Atualização, dezembro de 1998. Abril de 1999 < <http://www.aids.gov.br/udtv/tabelan/epidemia.htm>>.

GRANGEIRO, A., 1994. O perfil sócio-econômico da AIDS no Brasil. In: *A AIDS no Brasil* (Parker, R.; Galvão, J. & Pedrosa, S., orgs.), pp. 91-128. Rio de Janeiro: ABIA/UERJ/ Editora Relume-Dumará.

GROSECLOSE, S. L.; WEINSTEIN, B.; JONES, T. S. *et al.*, 1995. Impact of increased legal access to needles and syringes on practices of injecting-drug users and police officers – Connecticut, 1992-1993. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 10:82-9.

GRUND, J-P. C. & STERN, L. S., 1991. Residual blood in syringes: Size and type of syringe are important. *AIDS*, 5:1532-1533.

GRUND, J-P. C.; FRIEDMAN, S.; STERN, L. S. *et al.*, 1996. Syringe-mediated drug sharing among injecting drug users: Patterns, social context and implications for transmission of blood-borne pathogens. *Social Science and Medicine*, 42: 691-703.

GRUND, J-P. C.; HECKATHORN, D. D.; BROADHEAD, R. S. & ANTHONY, D. L., 1995. In eastern Connecticut, IDUs purchase syringes from pharmacies but don't carry syringes. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 10:105.

GRUND, J-P. C.; KAPLAN, C. D. & ADRIAANS, N. F. P., 1991. Needle sharing in the Netherlands: An ethnographic analysis. *American Journal of Public Health*, 81: 1602-7.

GUIMARÃES, M. L.; BASTOS, F. I.; TELLES, P. R.; GALVÃO-CASTRO, B.; DIAZ, R.; BONGERTZ, V. & MORGADO, M. G. (submetido). Retroviruses infections in a sample of injecting drug users in Rio de Janeiro City, Brazil: prevalence of HIV-1 subtypes, and co-infection with HTLV. *Journal of Clinical Virology*

HUNTER, G. M.; DONOGHOE, M. C.; STIMSON, G. V. *et al.*, 1995. Changes in the injecting risk behaviour of injecting drug users in London, 1990-1993. *AIDS*, 9:493-501.

HAYS, R. B.; PAUL, J.; EKSTRAND, M. *et al.*, 1997. Actual versus perceived HIV status, sexual behaviors and predictors of unprotected sex among young gay and bisexual men who identify as HIV-negative, HIV-positive and untested. *AIDS*, 11:1495-502.

HENDRIKS, J. C. M.; SATTEN, G. A.; VAN AMEIJDEN, E. J. *et al.*, 1998. The incubation period to AIDS in injecting drug users estimated from prevalent cohort data, accounting for death prior to an AIDS diagnosis. *AIDS*, 12:1537-1544.

HOGG, R. S.; WEBER, A. E.; CRAIB, K. J. *et al.*, 1998. One world, one hope: The cost of providing antiretroviral therapy to all nations. *AIDS*, 12:2203-9

HOLMBERG, S. D., 1996. The estimated prevalence and incidence of HIV in 96 large US metropolitan areas. *American Journal of Public Health*, 86:642-654.

INCIARDI, J. A., 1993. Crack-cocaine in the Americas. In: Brasil-United States binational research (Monteiro M.G & Inciardi J.A., orgs.), pp. 63-76. São Paulo: CEBRID.

JOSE, B.; FRIEDMAN, S. R.; GRUND, J. P. *et al.*, 1993. Syringe-mediated drug-sharing (backloading): A new risk factor for HIV among injecting drug users. *AIDS*, 7:1653-1660.

KAPLAN, E. H., 1994. A method for evaluating needle exchange programmes. *Statistics in Medicine*, 13:2179-87.

KOESTER, S, BOOTH, RE & ZHANG, Y., 1996. The prevalence of additional injection-related HIV risk behaviors among injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 12: 202-207.

KORBER, B.; MULDOON, M.; THEILER, J. *et al.*, 2000. Timing the ancestor of the HIV-1 pandemic strains. *Science*, 288:1789-96.

KUNANUSONT, C.; FOY, H. M.; KREISS, J. K. *et al.*, 1995. HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand. *The Lancet*, 345:078-83.

LATKIN, C. A.; MANDEL, W.; KNOWLTON, A. R. *et al.*, 1998. Gender differences in injection-related behaviors among injection drug users in Baltimore, Maryland. *AIDS Education and Prevention*, 10:257-263.

LATKIN, C. A.; MANDELL, W.; OZIEMKOWSKA, M. *et al.*, 1994. The relationships between sexual behavior, alcohol use, and personal network characteristics among injecting drug users in Baltimore, Maryland. *Sexually Transmitted Diseases*, 21:161-167.

LATKIN, C. A.; MANDELL, W. & VLAHOV, D., 1996. The relationship between risk networks' patterns of crack cocaine and alcohol consumption and HIV-related sexual

behaviors among adult injection drug users: A prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 42:175-181.

LATKIN, C. A.; MANDELL, W.; VLAHOV, D. *et al.*, 1996. People and places: Behavioral settings and personal network characteristics as correlates of needle sharing. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 13:273-280.

LIMA, E. S.; FRIEDMAN, S. R.; BASTOS, F. I. *et al.*, 1994. Risk factors for HIV-1 seroprevalence among drug injectors in the cocaine-using environment of Rio de Janeiro. *Addiction*, 89:689-698.

LOPES, C. S.; RODRIGUES, L. C. & SICHIERI, R., 1996. The lack of selection bias in a snowball sampled case-control study on drug abuse. *International Journal of Epidemiology*, 25 :1267-70

LOWNDES, K.; BASTOS, F. I.; GIFFIN, K. *et al.*, 2000. Differential trends in mortality from AIDS in men and women in Brazil (1984–1995). *AIDS*, 14:1269-1273.

MACDONALD, M. A.; WODAK, A. D.; DOLAN, K. A. *et al.*, 2000. Hepatitis C virus antibody prevalence among injecting drug users at selected needle and syringe programs in Australia, 1995-1997. Colaboration of Australian NSPs. *Medical Journal of Australia*, 172:57-61.

MACRAE, E. A., 1994. Abordagem Etnográfica do Uso de Drogas. In: *Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos* (Mesquita, F. C. & Bastos, F. I., orgs.), pp. 99-114. São Paulo: Hucitec.

MANN, J. & TARANTOLA, D. J. M., 1996 (org.). *AIDS in the World II*. Oxford: Oxford University Press.

MARQUES, F. & DONEDA, D. A., 1998. Política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: Diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios. In: *Troca de Seringas: Drogas e AIDS* (Mesquita, F. C. & Bastos, F. I., org.), pp. 137-152. Brasília: Ministério da Saúde.

MARTIN, V.; CAYLÀ, J. A.; MORÍS, M. L. *et al.*, 1998. Predictive factors of HIV-infection in injecting drug users upon incarceration. *European Journal of Epidemiology*, 14:327-331.

MESQUITA, F., 1994. Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil. In: *Drogas e AIDS: Estratégias de Redução de Danos* (Mesquita, F. C. & Bastos, F. I., org.), pp.169-180. São Paulo: Hucitec

MESQUITA, F., 1998. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis – polêmica nacional. In: *Troca de seringas: Drogas e AIDS* (Mesquita, F. C. & Bastos, F. I., org.), pp. 101-112. Brasília: Ministério da Saúde.

MESQUITA, F., 2000. Comunicação ao WHO Drug Injecting Study Phase II. Planning meeting of principal investigators. São Petesburgo, Federação Russa, 18 a 21 de setembro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995. *Boletim Epidemiológico AIDS*. Ano VIII nº 4, setembro/novembro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000. *Boletim Epidemiológico AIDS*. Ano XIII nº 1, dezembro de 1999/junho de 2000

MONTOYA, I. D. & ATKINSON, J. S., 1996. Determinants of HIV seroprevalence rates among sites participating in a community-based study of drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 13:169-176.

NEMES, M. I. B. *et al.*, 1999. Avaliação da aderência ao tratamento por antirretrovirais de usuários dos ambulatórios do Sistema Público de Assistência à AIDS no Estado de São Paulo, Brasil
<<http://www.aids.gov.br/planejamento/adesão1.htm>>

NIELSEN, K. & BRYSON, Y. J., 2000. Diagnosis of HIV infection in children. *Pediatric Clinics of North America*, 47:39-63.

NIELSEN, K. A.; JOÃO FILHO, E. C.; GRINSTEJN, B. *et al.*, 1998. Effect of antiretroviral treatment on the reduction of perinatal HIV transmission in Brazil. XII Conf. Int. sobre AIDS, *Conference supplement* (late breaker abstracts), Genebra, p. 22.

NOVOTNÁ, L.; WILSON, T. E.; MINKOFF, H. L. *et al.*, 1999. Predictors and risk-taking consequences of drug use among HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 20:502-507.

OLIVEIRA, M. L. A.; BASTOS, F. I.; TELLES, P. R.; YOSHIDA, C. F. T. *ET AL.*, 1999. Prevalence and risk factors for HBV, HCV and HDV infections among injecting drug users from Rio de Janeiro, Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 32(9):1107-1114.

PARKER, R. G., 1997. Aspectos antropológicos da epidemia do HIV/AIDS no Brasil. In: *A Epidemia de AIDS no Brasil: Situação e tendências* (Coordenação Nacional de DST e AIDS, org.), pp. 65-69. Brasília: Ministério da Saúde.

PRINS, M.; AGUADO, I. H.; BRETTELE, R. P. *et al.*, 1997. Pre-AIDS mortality from natural causes associated with HIV disease progression: Evidence from the European Seroconverter Study among injecting drug users. *AIDS*, 11:1747-1756.

RANA, S., 1998. Experiências de um programa de troca de seringa para usuário de drogas injetáveis (UDI) na Ásia: Sociedade salvando vidas e dando vidas (LALS – Life Saving and Living Society). In: *Troca de seringas: Drogas e AIDS* (Mesquita, F. C. & Bastos, F. I., orgs.), pp. 125-135. Brasília: Ministério da Saúde.

RHODES, T.; BALL, A.; STIMSON, G.V. *et al.*, 1999. HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction*, 94:1323-36.

RHODES, T.; STIMSON, G. V.; CROFTS, N. *et al.*, 1999. Drug injecting, rapid HIV spread, and the 'risk environment': Implications for assessment and response. *AIDS*, 13: S259-S269.

RHODES, T.; STIMSON, G.V. & QUIRK, A., 1996. Sex, drugs, intervention, and research: From the Individual to the social. *Substance Use & Misuse*, 31:375-407.

RHODES, T. & QUIRK, A., 1998. Drug users' sexual relationships and the social organisation of risk: The sexual relationship as a site of risk management. *Social Science and Medicine*. 46:157-169.

RIETMEIJER, C. A.; KANE, M. S.; SIMONS, P. Z. *et al.*, 1996. Increasing the use of bleach and condoms among injecting drug users in Denver: Outcomes of a targeted, community-level HIV prevention program. *AIDS*, 10:291-298.

ROSS, M. W.; WODAK, A. & GOLD, J., 1992. Sexual behaviour in injecting drug users. In: *Sexual Transmission of HIV Infection: Risk Reduction, Trauma and Adaptation* (Schönnesson, L. N., org.), pp. 89-104. NY: The Haworth Press, Inc.

SANTOS, N. J. S., 1999. A epidemia de AIDS no estado de São Paulo. *Prática Hospitalar*, 1:5-8.

SHAH, S. M.; SHAPSHAK, P.; RIVERS, J. E. *et al.*, 1996. Detection of HIV-1 DNA in needle/syringes, paraphernalia, and washes from shooting galleries in Miami: A preliminary laboratory report. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 11: 301-306.

SHAPSHAK, P.; MCCOY, C. B.; SHAH, S. M. *et al.*, 1994. Preliminary laboratory studies of inactivation of HIV-1 in needles and syringes containing infected blood using undiluted household bleach. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 7:754-759.

SINGER, M., 1994. AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 39:931-948.

SINGER, M.; WEEKS, M. R. & HIMMELGREEN, D., 1995. Sale and exchange of syringes. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 10: 104.

SOUZA, C. T. V.; BASTOS, F. I.; LOWNDES, C. M. *et al.*, 1999. Perception of vulnerability to HIV infection in a cohort of homosexual/ bisexual men in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS Care*, 11:567-580.

STARK, K.; MÜLLER, R.; BIENZLE, U. & GUGGENMOOS-HOLZMANN, I., 1996. Frontloading: A risk factor for HIV and hepatitis C virus infection among injecting drug user in Berlin. *AIDS*, 10: 311-317.

STARK, K.; SIEROSLAWSKI, J.; MULLER, R. *et al.*, 1996. Determinants of current HIV risk behaviour among injecting drug users in Warsaw, Poland. *European Journal of Epidemiology*, 12:315-317.

STOTO, M.A.; ALMARIO, D.A. & MCCORMICK, M.C. (orgs.), 1999. Reducing the Odds: Preventing perinatal transmission of HIV in the United States. *Washington: National Academy press*.

STRATHDEE, S. A.; GALAI, N.; SAFAIEAN, M.; CELENTANO, D.D. *et al.*, 2000 (no prelo). Gender differences in risk factors for HIV seroconversion among injection drug users: A ten year perspective. *Archives of Medicine*

STRATHDEE, S. A.; VAN AMEIJDEN, E. J. C.; MESQUITA, F. *et al.*, 1998. Can HIV epidemics among injection drug users be prevented? *AIDS*, 12:S71-S79.

SURRATT, H.L., 2000. Indigence, marginalization and HIV infection among Brazilian cocaine users. *Drug Alcohol Depend*, 58:267-74.

SZWARCWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; GRAVATO, N. *et al.*, 1998. The relationship of illicit drug consume to HIV- infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *The International Journal of Drug Policy*, 9:427-436.

SZWARCWALD, C. L.; BASTOS, F. I.; FONSECA, M. G. *et al.*, 2000. A disseminação da epidemia de AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: Uma análise espacial. *Cadernos de Saúde Pública*, 16: S7-19.

TELLES, P. R.; BASTOS, F. I.; GUYDISH, J. *et al.*, 1997. Risk behaviors and HIV seroprevalence among IDUs in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS*, 11:S35-S44.

UNAIDS (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS), 2000. Report on the global HIV/AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS

VALLEROY, L. A.; WEINSTEIN, B.; JONES, T. S. *et al.*, 1995. Impact of increased legal access to needles and syringes on community pharmacies' needle and syringe sales – Connecticut, 1992-1993. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 10: 73-81.

VAN AMEIJDEN, E. J. C. & COUTINHO, R. A., 1998. Maximum impact of HIV prevention measures targeted at injecting drug users. *AIDS*, 12:625-633.

VAN HAASTRECHT, H. J. A.; BINDELS, P. J. E.; VAN DEN HOEK, A. & COUTINHO, R. A., 1997. Estimating the size of the HIV epidemic among injecting drug users in Amsterdam. *European Journal of Epidemiology*, 13:261–265.

WENIGER, B. G.; TAKABE, Y.; OU C.-Y & YAMAZAKI, S., 1994. The molecular epidemiology of HIV in Asia. *AIDS*, 8 (Suppl.2):S13-28.

WHO (World Health Organization), 1997. Programme on Substance Abuse. The guide on rapid assessment methods for drug injecting (G.V.Stimson, C. Fitch and T. Rhodes, org.).

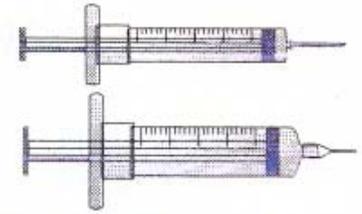
WODAK, A.; CROFTS, N.; FISHER, R., 1993. HIV infection among injecting drug users in Asia: an evolving public health crisis. *AIDS Care*, 5:313-20

WOLITSKI, R. J.; FISHBEIN, M.; JOHNSON, W. D.; SCHNELL, D. J. *et al.*, 1996. Sources of HIV information among injecting drug users: Association with gender, ethnicity, and risk behaviour. *AIDS Care*, 8:541-555.

WRIGHT-DE AGUERO, L.; WEINSTEIN, B., JONES, T. S. & MILES, J., 1998. Impact of the change in Connecticut syringe prescription laws on pharmacy sales and

pharmacy managers' practices. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 18 (Suppl. 1): 102-10.

ANEXOS

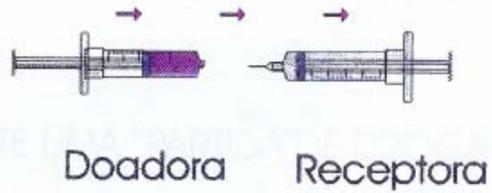
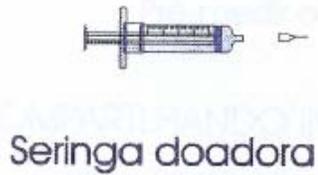


FORMAS DE COMPARTILHAMENTO INDIRETO

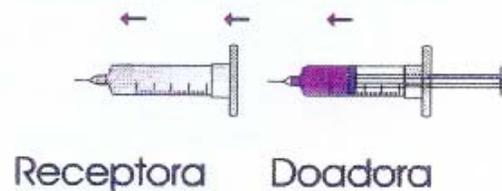
FRONTLOADING



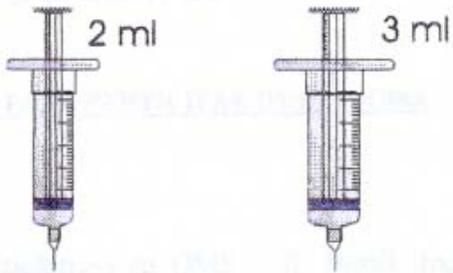
FRONTLOADING REVERSO



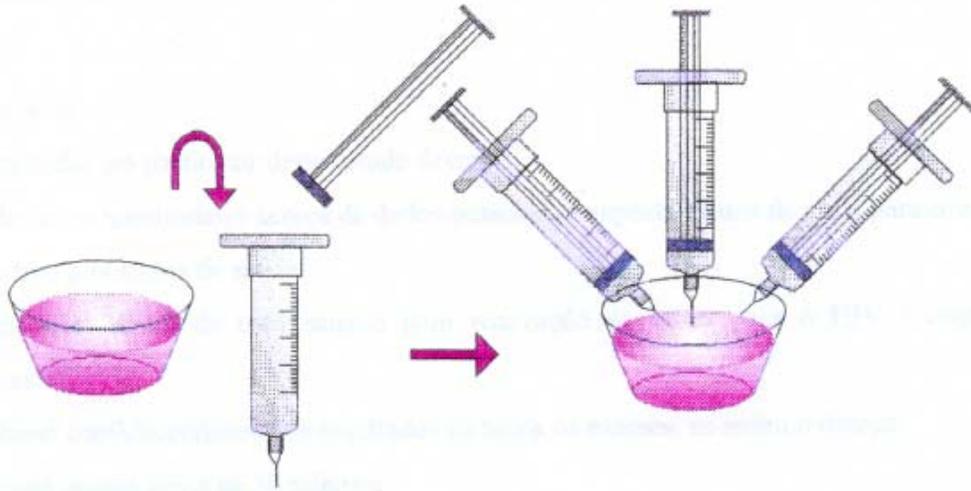
BACKLOADING



ARMAZENAGEM DE DROGAS NA SERINGA

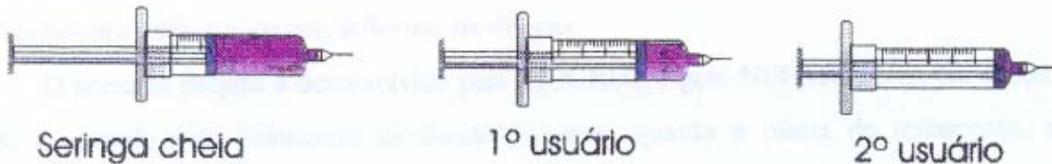


COMPARTILHANDO POR RECIPIENTE



Pré-medir o volume

COMPARTILHANDO INTEGRALMENTE UMA "PARTIDA" DE DROGAS



PROJETO: “Estudo Multicêntrico da Organização Mundial da Saúde (OMS) – II, Brasil. Inquérito epidemiológico”. Risco de infecção pelo HIV e hepatites virais entre usuários de drogas e transição de vias de uso da cocaína (na cidade do Rio de Janeiro, RJ).

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAR DE PESQUISA

A) Objetivo do estudo

O projeto “Estudo Multicêntrico da OMS – II, Brasil. Inquérito epidemiológico” tem como objetivo estudar comportamentos de risco para o contágio pelo HIV e outras doenças infecciosas entre usuários de drogas. A coordenação deste projeto está a cargo de Francisco Inácio Bastos, da FIOCRUZ.

B) Procedimentos

Se eu concordar em participar deste estudo deverei:

1. Responder a um questionário acerca de dados pessoais, comportamentos de risco para o contágio pelo HIV e outros problemas de saúde.
2. Serão colhidos 30 ml de meu sangue para realização de testes para o HIV e outras doenças infecciosas.
3. Eu receberei confidencialmente os resultados de todos os exames, se assim o desejar.
4. A entrevista durará cerca de 50 minutos.

C) Riscos e Desconfortos

Todos os exames serão realizados com material descartável, por pessoal treinado. Os riscos referentes ao exame são mínimos, iguais aos de qualquer exame laboratorial de sangue.

D) Tratamento clínico e do uso indevido de drogas

O presente projeto é desenvolvido pela FIOCRUZ e pelo NEPAD/UERJ, em cooperação com a OMS, e apoiado pelo Ministério da Saúde, e segue, quanto à oferta de tratamento, as normas e procedimentos destas instituições. Os pacientes que necessitarem/desejarem tratamento gratuito para o uso de drogas poderão obter informações de como consegui-lo com o Dr. Paulo Roberto Telles, no NEPAD/UERJ, às terças e quintas-feiras, no horário da tarde, à Rua Fonseca Telles, 121, 4º andar, São Cristovão. Os pacientes que necessitarem/desejarem tratamento gratuito para doenças infecto-contagiosas e outras afecções clínicas, vinculadas ou não à sua participação no presente projeto, serão igualmente assistidos pela equipe clínica do Ambulatório do Banco da Providência, devendo procurar o Dr. Francisco Inácio Bastos, às terças-feiras, no horário da manhã, no Ambulatório do Banco da Providência, à Rua Francisco Eugênio, 348, São Cristovão.

Necessidades adicionais dos pacientes, como realização de exames laboratoriais complementares, serão atendidas pelo Ambulatório do Banco da Providência, em convênio com a FIOCRUZ. Eventuais internações/demandas de abrigo/suporte serão disponibilizadas, respectivamente, no Hospital Evandro Chagas (FIOCRUZ) e no Abrigo Santo Antônio, mantido pelo Banco da Providência.

E) Confidencialidade

Eu receberei, se assim o quiser, pessoalmente, os resultados de meus exames. Estes resultados não serão revelados a terceiros, a menos que eu assim o desejar mediante uma autorização por escrito. Meus dados pessoais serão arquivados em local seguro, a que terão acesso apenas os responsáveis pelo projeto. Minha identidade pessoal não será mencionada em qualquer hipótese. Os dados publicados serão referentes ao conjunto de participantes do estudo, de forma a não permitir a identificação individual de qualquer um dos participantes.

F) Dúvidas

Em caso de dúvidas ou comentários adicionais acerca deste projeto poderei me comunicar com o Dr. Francisco Inácio Bastos, na FIOCRUZ, Av. Brasil, 4365 - Biblioteca de Manguinhos, sala 209, Rio de Janeiro (RJ), Tels. (021) 290-1696 ou (021) 598-4366. E-mail: bastos@fiocruz.br

G) Consentimento

A participação neste estudo é absolutamente voluntária. Eu poderei abandonar este estudo, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal. Contarei com o apoio da coordenação local, independentemente de minha participação ou não na pesquisa, no sentido de obter orientação quanto a aconselhamento e eventual tratamento médico no caso de resultado positivo em quaisquer dos exames laboratoriais realizados e/ou em atenção a solicitações individuais.

Eu li este formulário e recebi as explicações
necessárias da/do

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

entrevistador (letra de fôrma)

_____, ____/____/____
data (local/dia/mês/ano)

Organização Mundial da Saúde

Estudo Multicêntrico sobre Drogas Injetáveis

Fase II – Rio de Janeiro (06)

Questionário

SEÇÃO A: INFORMAÇÕES SOBRE A ENTREVISTA E O RECRUTAMENTO

QA01 Número de identificação da entrevista _____

QA02 Número de identificação do centro colaborador: 06

QA03 Nome e Código do(a) entrevistador(a) _____

QA04 Data da Entrevista _____
Dia Mês Ano

QA05 Onde a entrevista está sendo realizada?

- 1 Em um centro de tratamento para pacientes usuários de drogas em regime ambulatorial
- 2 Em um centro de tratamento para pacientes usuários de drogas internados/ residentes
- 3 Na delegacia/ prisão
- 4 Local público (por exemplo: ruas)
- 5 Local privado
- 6 Outros (_____)
especificar

QA06 Esta entrevista está sendo conduzida apenas com o(a) entrevistado(a), ou na presença de outros?

- 1 Apenas o(a) entrevistado(a)
- 2 Outros podem escutar

QA07 Qual é a sua data de nascimento? _____
Dia Mês Ano

Se houver recusa → **encerrar a entrevista**

QA08 Sexo

- 1 Masculino
- 2 Feminino
- 3 Transsexual

QA09 Raça / Etnia

- 11 Branco
- 12 Mulato/pardo
- 13 Negro
- 14 Amarelo
- 15 Indígena (brasileiro nativo)

SEÇÃO B: DADOS DEMOGRÁFICOS

QB01 Em que país você nasceu? _____
especificar *Código*

QB02 Há quanto tempo você mora nesta cidade (Rio de Janeiro)? _____
meses

QB03 Quantos anos completos de estudo você tem?
 [Se nunca freqüentou escola, utilizar 00] _____
anos

QB03-A Freqüenta escola no momento?

- 0 Não
 1 Sim
 8 Recusou

QB03-B Qual o último grau e série concluído? _____
grau *série*

QB05 Durante os últimos 6 meses qual foi a sua principal fonte de renda?
 [Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

- 01 Trabalho regular, empregado com salário regular (meio expediente ou expediente integral)
 02 Trabalho temporário (inclui trabalhos ocasionais, sem registro, etc.)
 03 Trabalho em negócios da família
 04 Autônomo (negócio particular)
 05 Benefício do Governo (seguro social, assistência pública, seguro desemprego, etc.)
 06 Contando com renda de cônjuge, parceiro(a), parentes ou amigos
 07 Bolsa de estudos
 08 Mendicância / Empréstimos / Doações
 09 Venda de Drogas
 10 Sexo comercial
 11 Assalto / Roubo / Furto
 12 Outras atividades ilegais ou possivelmente ilegais
 98 Recusou
 Outras (_____)
Especificar *Código*

QB06 Você está vivendo sozinho(a) atualmente?

- 0 não
 1 sim → **QB08**
 8 recusou → **QB08**

QB07 Você está vivendo com alguma(s) (das) pessoa(s) listada(s) abaixo (no mesmo domicílio)? [Leia cada opção. Assinale uma resposta para cada item]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	
<i>Rec.</i>			
1 Um(a) parceiro(a) sexual do sexo oposto	0	1	8
2 Um(a) parceiro(a) sexual do mesmo sexo	0	1	8
3 Seus pais	0	1	8

4	Outros parentes adultos (acima de 18 anos) que não são seus parceiros sexuais	0	1	8
5	Seus filhos (biológicos / adotados / de criação)	0	1	8
6	Filhos de outras pessoas	0	1	8
7	Amigos	0	1	8
8	Outros adultos, que não são seus parceiros sexuais ou amigos	0	1	8

QB08 Qual o seu estado civil atual?

- 1 Casado(a) legalmente
- 2 Vivendo maritalmente → **QB10**
- 3 Viúvo(a) → **QB10**
- 4 Separado(a) legalmente → **QB10**
- 5 Divorciado(a) → **QB10**
- 6 Solteiro(a) /Nunca foi casado legalmente/Nunca viveu maritalmente → **QB10**
- 8 Recusou → **QB10**

QB09 Você e seu(sua) esposo(a) vivem juntos?

- 0 Não
- 1 Sim
- 2 Parte do tempo
- 8 Recusou

QB10 Durante os últimos 6 meses, onde você viveu a maior parte do tempo?

[*Não leia as opções de resposta, assinale uma única resposta*]

- 01 Em minha própria casa, apartamento ou apart-hotel; ou de meu(minha) esposo(a) ou de meu(minha) parceiro(a).
 - 02 Casa, apartamento, apart-hotel, ou quarto alugado por mim (ou por meu(minha) esposo(a) ou por meu(minha) parceiro(a))
 - 03 Quarto pago a cada dia ou quarto alugado em uma casa
 - 04 Casa, apart-hotel, apartamento de alguém (incluindo pais, parentes, amigos)
 - 05 Moradias destinadas a servidores públicos
 - 06 Abrigo, residência coletiva mantida pelo governo
 - 07 Sem endereço fixo (por exemplo: ruas, parques, edifício abandonado)
 - 08 Comunidade residencial
 - 09 Instituição de tratamento de usuários de drogas
 - 10 Outras instituições de tratamento / hospitais
 - 11 Delegacia / prisão
 - 98 Recusou
 - Outros (_____)
- especificar*
Código

XB11 Durante os últimos 6 meses, qual tem sido, em média, a sua renda mensal (individual)? R\$ _____

XB12 De cada item abaixo, quantos você possui em sua casa? [*Assinale uma resposta para cada item*]

TV	1	2	3	4	5	6 ou mais
Rádio	1	2	3	4	5	6 ou mais
Banheiro*	1	2	3	4	5	6 ou mais
Automóvel	1	2	3	4	5	6 ou mais
Empregada**	1	2	3	4	5	6 ou mais
Aspirador	1	2	3	4	5	6 ou mais

Máquina de Lavar (Roupas) 1 2 3 4 5 6 ou mais

* Incluir banheiro de empregada

** Não incluir diarista/faxineira

XB13 Qual o grau de instrução do chefe da família?

- 1 Analfabeto / primário incompleto
- 2 Primário completo / ginásial incompleto
- 3 Ginásial completo / segundo grau incompleto
- 4 Segundo grau completo / superior incompleto
- 5 Superior completo

SEÇÃO C: INFORMAÇÕES GERAIS BÁSICAS

[Pergunte apenas se o(a) entrevistado(a) tiver sido recrutado(a) de um local que não um centro de tratamento]

QC01 Você já recebeu algum tratamento para o abuso de drogas?

0 Não → **QC08**

1 Sim

8 Recusou → **QC08**

Vou perguntar a você sobre as modalidades de tratamento/auxílio para o uso de drogas que você recebeu desde a primeira vez que usou drogas. Para cada modalidade de tratamento, diga-me se você fez tratamento ambulatorial ou esteve internado/ numa comunidade terapêutica, ou ambos. Diga-me se você recebeu esta modalidade de tratamento uma, duas, três ou mais vezes em sua vida. Estou interessado no número de vezes em que você ingressou em uma modalidade de tratamento, não no número de sessões terapêuticas individuais. Lembre que estamos apenas falando sobre tratamento que tenha intenção de ajudá-lo(a) a reduzir ou interromper o seu uso de drogas.

Alguma vez você recebeu _____ *[modalidade de tratamento]*?
[Se sim]

QC02 Quantas vezes em regime ambulatorial?

QC03 Quantas vezes internado(a) ou tratado em...?

[Repita o conjunto de questões para cada item. Utilize "0" para nenhuma; "1" para 1 vez; "2" para 2 vezes; "3" para 3 ou mais vezes]

	QC02	QC03
	<i>Ambulatorial/ Hospital-dia.</i>	<i>internado/ residente</i>
01 Clínica de Tratamento para uso de drogas	—	—
02 Grupos de mútua-ajuda	—	—
10 Fazendas terapêuticas	—	—
11 Psicoterapia com profissional licenciado	—	—

13 Instituição exclusivamente religiosa	—	—
14 Hospital psiquiátrico	—	—
91 Outros(_____)	—	—
<i>especificar</i>	<i>código</i>	

[Pergunte apenas se o(a) entrevistado(a) tiver sido recrutado(a) de um local que não um centro de tratamento]

QC04 Você está recebendo atualmente tratamento para o uso de drogas?

0 Não → **QC07**

1 Sim

8 Recusou → **QC07**

QC05 Você começou esse tratamento nos últimos 30 dias?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

QC06 Que modalidade de tratamento você está recebendo atualmente?

_____ → **QC08**
especificar *código*

[Utilize códigos de QC02/QC03]

QC07 Há quantos meses você recebeu seu último tratamento para o uso de drogas, com a intenção de ajudá-lo(a) a modificar o seu consumo de drogas? [Ofereça alternativas ao(à) entrevistado(a) para obter melhores estimativas. Se “nunca” ou “nenhum” utilize “000”. Se há menos de um mês utilize “001”. Se “há um tempo atrás longo demais para lembrar”, utilize “995”]

_____ meses atrás

QC08 Você já foi preso(a) (delegacia / prisão)?

0 Não → **QC12**

1 Sim

8 Recusou → **QC12**

QC09 Quantas vezes você já foi preso(a) (delegacia / prisão)?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES D

1 Uma única vez

2 Duas vezes

3 3–5 vezes

4 6–10 vezes

5 Mais de 10 vezes

8 Recusou

QC10 Você já injetou drogas na delegacia / prisão?

0 Não → **QC12**

1 Sim

8 Recusou → **QC12**

QC11 Quando você injetou drogas na delegacia/prisão, injetou com agulhas e/ou seringas que alguém havia utilizado anteriormente?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

9 Não sei/ Não tenho certeza

QC12 Nos últimos 6 meses com que frequência você teve contato ou se envolveu com alguma das seguintes atividades de prevenção contra a AIDS?

[Leia cada opção. Assinale uma resposta para cada item]

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1-3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2-3 vezes por semana
- F 4-6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

	Frequência de contato									R
	Por mês			por semana			por dia			
	0	<1	1-3	1	2-3	4-6	1	2-3	4+	
01	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
02	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
03	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
04	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
05	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
06	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
07	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
08	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
09	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
10	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
11	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
91	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J

Outros (_____) _____
Especificar Código

SEÇÃO D: CONSUMO DE DROGAS

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de drogas

QD01 Quantos anos você tinha quando começou a fumar cigarros?

[Se “nunca”, utilize “00”]

— —
anos
Se “00” → QD03

QD02 Quantos cigarros você fuma por dia atualmente?

— —

QD03 Quantos anos você tinha quando bebeu bebidas alcoólicas pela primeira vez?

[Se “nunca”, utilize “00”]

— —
anos
Se “00” → QD06

QD04 Você bebeu alguma bebida alcoólica nos últimos 6 meses?

0 Não → QD06

1 Sim

8 Recusou → QD06

XD05 Quantas doses você normalmente bebe em um dia típico?

[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

0 Nenhuma

1 Uma

2 Duas

3 Três a cinco

4 Seis ou mais

8 Recusou

QD06 Você usou maconha ou haxixe nos últimos 6 meses?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

QD07 Quantos anos você tinha quando usou pela primeira vez quaisquer outras drogas, como heroína, outros narcóticos ou opiáceos, cocaína, anfetamina, outros estimulantes, barbitúricos, tranqüilizantes, inalantes, solventes, esteróides, etc. para “ter algum barato”? [Não inclua quaisquer drogas usadas por prescrição médica]

— —
anos

QD08 Qual foi esta droga? _____

especificar

— —
Código

QD09 Durante toda a sua vida, você já injetou alguma droga, com exceção de drogas usadas por prescrição médica?

- 0 Não
 1 Sim → QD20
 8 Recusou → Encerrar a entrevista

Se o(a) entrevistado(a) injetou drogas durante a sua vida, pule para a Subseção para “injetadores” atuais e “ex-injetadores”. Se o(a) entrevistado(a) se recusar a responder se já injetou alguma vez na vida, ENCERRAR A ENTREVISTA.

D: SUB-SEÇÃO PARA USUÁRIOS DE DROGAS QUE NUNCA FIZERAM USO INJETÁVEL

A seguir vou perguntar a você sobre que drogas você usou em sua vida. Para cada droga mencionada, eu vou primeiro perguntar se você a usou; em seguida, quantos anos você tinha quando a usou pela primeira vez. E, por último, com que frequência você a usou durante o ano em que a consumiu com maior intensidade.

QD10 Você já usou _____ [*nome da droga*]?
 [*Se usou*]

QD11 Quantos anos você tinha quando usou esta droga pela primeira vez?

QD12 Com que frequência você usou esta droga durante o ano em que a consumiu com maior intensidade?

[*Repita o conjunto de questões para cada uma das drogas/categorias de drogas*]

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
 B Menos de uma vez ao mês
 C 1–3 vezes ao mês
 D Cerca de uma vez por semana
 E 2–3 vezes por semana
 F 4–6 vezes por semana
 G Cerca de uma vez por dia
 H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
 I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
 J Recusou

	QD10 <i>Usou?</i>	QD11 <i>Se usou, c/ q. idade</i>	QD12 <i>Se usou, c/ q. frequência máxima</i>
01 <i>Speedball</i> (heroína/cocaína)	0 1 8	— —	A B C D E F G H I J
02 Apenas heroína	0 1 8	— —	A B C D E F G H I J
03 Apenas cocaína	0 1 8	— —	A B C D E F G H I J
04 Metanfetaminas/Remédio p/ emagrecer	0 1 8	— —	A B C D E F G H I J

06 Crack	0	1	8	___	___	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
17 Anabólicos	0	1	8	___	___	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
25 Ecstasy	0	1	8	___	___	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
33 Solventes	0	1	8	___	___	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
34 LSD	0	1	8	___	___	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
91 Outros(_____)	0	1	8	___	___	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<i>especificar</i>				___	___										
				<i>código</i>											

QD13 Atualmente, você possui amigos(as) ou familiares que injetam drogas?

0 Não → **QD16**

1 Sim

7 Não se aplica (não tem amigos(as) ou familiares) → **QD16**

8 Recusou → **QD16**

QD14 Quantos?

[*Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta*]

1 Um

2 Dois

3 Três a cinco

4 Seis ou mais

8 Recusou

XD15 Estas pessoas pertencem a algumas das seguintes categorias?

[*Leia cada categoria. Assinale uma resposta para cada uma delas*]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
1 Parceiros(as) sexuais	0	1	8
2 Membros da família que não são parceiros(as) sexuais	0	1	8
3 Amigos(as) íntimos(as)	0	1	8

QD16 Nos últimos 6 meses, você usou drogas enquanto alguém injetava drogas no mesmo local?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

9 Não sei / Não lembro

QD17 Por que você sempre usou vias não injetáveis em vez de injetáveis?

[*Não leia a lista de opções. Assinale mais de uma opção "sim" caso mencionado.*

Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com "algo mais?"]

	Mencionado	
	Não	Sim
01 Tentando controlar / reduzir / interromper o uso de drogas	0	1
02 Preocupado(a) com conseqüências p/ saúde do uso injetável	0	1
03 Preocupado(a) em contrair HIV / AIDS	0	1
04 Preocupado(a) em contrair hepatite	0	1
05 Mais facilidade em regular doses, evitar <i>overdose</i>	0	1
06 Medo / não gosta de agulhas & seringas ou sangue	0	1
07 Não quer ter marcas de picada/cicatrizes	0	1
08 Evitar problemas com a justiça	0	1
09 Não dispõe de equipamentos de injeção	0	1
10 As drogas injetáveis são muito caras	0	1
11 É mais conveniente, mais fácil e mais rápido usar drogas não injetáveis	0	1
12 Satisfeito(a) com o “efeito” das vias não injetáveis	0	1
13 Pressão dos colegas/ desejo de ser como os companheiros/ amigos/ parceiros	0	1
14 Por causa do preconceito social contra o hábito de injetar	0	1
15 Não me vejo como um “injetador”	0	1
16 Isto causaria sofrimento à minha família (psicológico, econômico, etc)	0	1
17 Acostumado(a) a não injetar; nunca pensei em injetar	0	1
18 Nenhum contato com injetadores / não exposto à “cena” de uso injetável	0	1
19 Nunca tive oportunidade	0	1
91 Outros (_____) <i>especificar</i>	0	1
		<i>código</i>

Agora vamos falar sobre seu uso de drogas nos últimos 6 meses

QD18 Em quantos meses dos últimos 6 meses você usou drogas?

Meses

Se “0” → **Encerrar entrevista**

Vou fazer algumas perguntas sobre que drogas específicas você usou nos últimos 6 meses. Para cada droga mencionada, considerando os meses em que você as utilizou, gostaria de saber com que freqüência você as usou.

QD19 Com que freqüência você usou _____ [*nome da droga*]?

[*Repita esta pergunta para cada droga/ categoria de drogas*]

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana
- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia

- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
 I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
 J Recusou

	<i>Freqüência</i>
01 <i>Speedball</i> (heroína e cocaína combinadas)	A B C D E F G H I J
02 Apenas heroína	A B C D E F G H I J
03 Apenas cocaína	A B C D E F G H I J
04 Metanfetaminas/Remédio para emagrecer	A B C D E F G H I J
06 <i>Crack</i>	A B C D E F G H I J
17 Anabólicos	A B C D E F G H I J
25 <i>Ecstasy</i>	A B C D E F G H I J
33 Solvente	A B C D E F G H I J
34 LSD	A B C D E F G H I J
91 Outros (_____) _____	A B C D E F G H I J
<i>especificar</i> <i>código</i>	

Suprima o restante da Seção D e as Seções E e F. Pule para a Seção G (opção local) ou Seção H. → Seção G ou Seção H

D: SUB-SEÇÃO PARA INJETADORES ATUAIS E EX-INJETADORES

Agora, quero que você se lembre da primeira vez em que você injetou drogas, excluindo qualquer droga usada por prescrição médica.

QD20 Com quantos anos você injetou drogas pela primeira vez _____
anos

QD21 Qual a primeira droga que você injetou? _____
Especificar *código*

QD22 Você já havia utilizado esta mesma droga de outra maneira antes de injetá-la?

0 Não → **QD26**

1 Sim

8 Recusou → **QD26**

QD23 Com que freqüência você usou esta mesma droga nos 30 dias que antecederam a primeira injeção?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
 B Menos de uma vez ao mês
 C 1-3 vezes ao mês
 D Cerca de uma vez por semana

- E 2–3 vezes por semana
- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

QD24 Com que idade você usou esta mesma droga pela primeira vez por qualquer via de administração?

— —
anos

QD26 Na primeira vez que você injetou, quem injetou a droga em você? Qual era a relação dele(a) com você?

[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

- 01 Eu mesmo injetei a droga
- 02 Meu(minha) parceiro(a) sexual principal
- 03 Meu(minha) outro(a) parceiro(a) sexual
- 04 Um parente que não era seu(sua) parceiro(a) sexual
- 05 Um(a) amigo(a) íntimo(a)
- 06 Conhecido(a)
- 07 Traficante/dono de galeria de pico("calo")/outro profissional do mercado de drogas
- 08 Alguém que eu não conhecia bem
- 09 Outros (_____)
- 98 Recusou
- 99 Não me lembro

QD27 Qual era o sexo desta pessoa?

- 1 Masculino
- 2 Feminino
- 8 Recusou
- 9 Não me lembro

QD28 Nessa primeira vez, você injetou com agulhas e/ou seringas usadas dadas, cedidas, alugadas ou vendidas por alguém (incluindo seu(sua) parceiro(a))?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou
- 9 Não me lembro

MÓDULO DE OPÇÃO LOCAL SOBRE COMO COMEÇOU A INJETAR

XD30 Em que cidade você estava quando injetou pela primeira vez?

Especificar

 Códigos do país/cidade

XD32 Em que tipo de lugar você injetou pela primeira vez?

[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

01 No lugar onde eu moro

02 Na casa do(a) meu(minha) parceiro(a) sexual

03 Na casa de um parente (que não o parceiro sexual)

04 Na casa de um(a) amigo(a)

05 Na casa de alguma outra pessoa

06 Em um abrigo ou residência mantida pelo governo/instituição

07 Em um colégio/escola/faculdade

08 Num local específico de "uso seguro" de drogas

09 Numa galeria de pico ("calo") em local fechado, na residência de um traficante ou algum

outro local onde se consome drogas

10 Numa galeria de pico ("calo") ao ar livre, ou algum outro local aberto onde se consome

drogas

11 Em um clube ou bar

12 Em qualquer outro lugar público (rua, parque, construção abandonada, banheiro público, etc.)

13 Em um carro ou veículo similar

98 Recusou

99 Não me lembro

Outro (_____)

Especificar

 código

XD33 Na primeira vez que você injetou, como você conseguiu a droga?

[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

1 Eu a ganhei de presente

2 Eu comprei com meu próprio dinheiro

3 Eu dei dinheiro a alguém para comprá-la

4 Eu troquei sexo pela droga

5 Eu era traficante

6 Outros (_____)

8 Recusou

9 Não lembro

XD38 Antes da primeira vez que você injetou, você conhecia alguém que tinha AIDS?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

9 Não sei / Não tenho certeza

QD48 Você já iniciou ou introduziu alguém no hábito de injetar drogas?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QD49 Quantos anos você tinha quando começou a injetar pelo menos uma vez por semana ou regularmente? _____

[Se nunca injetou regularmente, use "00"]

_____ anos

QD50 Em sua vida, cerca de quantas vezes você injetou drogas?

[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta]

- 1 Uma única vez
- 2 De 2-9 vezes (poucas vezes)
- 3 De 10-99 vezes
- 4 De 100-999 vezes
- 5 Mil vezes ou mais
- 8 Recusou

QD51 Qual é hoje a sua via principal de consumo de drogas?

[Leia todas as opções de resposta (exceto recusa). Assinale uma única resposta]

- 1 Injeção
- 2 Não-injetável
- 3 Ambas as maneiras, igualmente
- 8 Recusou

QD52 Há quantos meses atrás você injetou drogas pela última vez?

[Ofereça alternativas ao(à) entrevistado(a) para obter melhores estimativas. Se for no último mês, utilize "001". Se "faz muito tempo atrás para lembrar", utilize "995".]

_____ meses

Se mais de 6 meses atrás → QD60

Se o(a) entrevistado(a) não injetou drogas nos últimos 6 meses, pule para a Sub-Seção dos ex-injetadores.

Se o(a) entrevistado(a) disse que ele(ela) injetou há mais de 6 meses atrás, mas se recusa a fornecer maiores detalhes, classifique-o(a) como um ex-injetador, e pule para QD60.

Se não for possível esclarecer seus hábitos de uso, ENCERRAR A ENTREVISTA

D: SUB-SEÇÃO PARA INJETADORES ATUAIS (NA “ATIVA”)

Agora vamos conversar sobre o seu consumo de drogas nos últimos 6 meses.

QD53 Em quantos meses dos últimos 6 meses você injetou drogas? _____
 meses
 Se “6” → QD55

XD54 Por que você deixou de injetar em alguns desses meses (últimos 6 meses)?

[Não leia a lista. Assinale mais do que um “sim” se mencionado.

Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

	Mencionado	
	Não	Sim
01 Estava tentando controlar / reduzir / interromper o uso de drogas	0	1
02 Estava preocupado(a) com conseqüências p/ saúde do uso injetável	0	1
03 Estava preocupado(a) em contrair HIV/AIDS	0	1
04 Estava preocupado(a) em contrair hepatite	0	1
05 Era mais fácil regular doses, evitar <i>overdose</i>	0	1
06 Medo / não gosta de agulhas & seringas ou sangue	0	1
07 Não quer ter marcas de picada/cicatrizes	0	1
08 Para evitar problemas com a justiça	0	1
09 Não dispõe de equipamentos de injeção	0	1
10 As drogas injetáveis são muito caras	0	1
11 É mais conveniente, mais fácil e mais rápido usar drogas não injetáveis	0	1
12 Satisfeito(a) com o “efeito” das vias não injetáveis	0	1
13 Pressão dos colegas/ desejo de ser como os companheiros/ amigos/ parceiros	0	1
14 Por causa do preconceito social contra o hábito de injetar	0	1
15 Não me vejo como um “injetador”	0	1
16 Isto causaria sofrimento à minha família (psicológico, econômico, etc)	0	1
17 Eu normalmente não injeto o tempo todo	0	1
91 Outros (_____)	0	1
<i>especificar</i>	_____	<i>código</i>

Agora vou fazer algumas perguntas sobre drogas específicas que você usou nos últimos 6 meses. Para cada droga mencionada, e para os meses em que você a usou, vou perguntar separadamente sobre o uso injetável e não injetável destas drogas.

QD55 Com que freqüência você injetou _____ [nome da droga]?

XD56 Com que freqüência você usou _____ [nome da droga] de maneira não injetável?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês

- C 1–3 vezes ao mês
 D Cerca de uma vez por semana
 E 2–3 vezes por semana
 F 4–6 vezes por semana
 G Cerca de uma vez por dia
 H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
 I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
 J Recusou

	QD55 <i>Com que frequência Injetou</i>	XD56 <i>Com que frequência usou não-injetável</i>
01 <i>Speedball</i> (heroína/cocaína)	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
02 Apenas heroína	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
03 Apenas cocaína	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
04 Metanfetaminas/remédio p/ emagrecer	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
06 <i>Crack</i>	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
17 Anabólicos	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
25 <i>Ecstasy</i>	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
33 Solventes	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
34 LSD	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
91 Outros (_____) <i>especificar</i>	A B C D E F G H I J	A B C D E F G H I J
	___ <i>código</i>	

Agora quero que você pense sobre seu consumo global de drogas injetáveis nos últimos 6 meses.

QD57 Nos meses em que você injetou, com que frequência o fez?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
 B Menos de uma vez ao mês
 C 1–3 vezes ao mês
 D Cerca de uma vez por semana
 E 2–3 vezes por semana
 F 4–6 vezes por semana
 G Cerca de uma vez por dia
 H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
 I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
 J Recusou

QD58 Durante os últimos 6 meses, num mês típico em que você injetou, quantos dias por mês você injetou?

dias

QD59 Durante os últimos 6 meses, num dia típico em que você injetou, quantas vezes você injetou por dia?

___ → **Sec. E**
Vezez por dia

Omita o restante da Seção D e pule para a Seção E

D: SUB-SEÇÃO PARA EX-INJETADORES

Agora vamos conversar sobre o seu uso de drogas nos últimos 6 meses.

Vou fazer algumas perguntas sobre drogas específicas que você usou nos últimos 6 meses. Para cada droga mencionada, e para os meses em que você as usou, preciso saber com que frequência você o fez.

QD60 Com que frequência você usou _____ [nome da droga]?

[Repita a pergunta para cada droga/categoria de droga]

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1-3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2-3 vezes por semana
- F 4-6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

Com que frequência

01 <i>Speedball</i> (heroína e cocaína combinadas)	A B C D E F G H I J
02 Apenas heroína	A B C D E F G H I J
03 Apenas cocaína	A B C D E F G H I J
04 Metanfetaminas/Remédio para emagrecer	A B C D E F G H I J
06 <i>Crack</i>	A B C D E F G H I J
17 Anabólicos	A B C D E F G H I J
25 <i>Ecstasy</i>	A B C D E F G H I J
33 Solvente	A B C D E F G H I J
34 LSD	A B C D E F G H I J
91 Outros (_____) _____	A B C D E F G H I J
<i>especificar</i> <i>código</i>	

QD61 Você tem amigos(as) ou familiares que injetam drogas atualmente?

- 0 Não
- 1 Sim
- 7 Não se aplica (não tem amigos(as) nem familiares)
- 8 Recusou

QD62 Quantos anos você tinha quando injetou drogas pela última vez?

__ __ → QE26
anos

Pule para QE26

SEÇÃO E: COMPORTAMENTO QUANTO À INJEÇÃO DE DROGAS E COMPARTILHAMENTO DE SERINGAS

Na seção seguinte, gostaria de fazer a você algumas perguntas sobre a maneira como você injetou drogas nos últimos 6 meses (incluindo as ocasiões em que outras pessoas injetaram em você). Eu gostaria de saber sobre as vezes em que você se injetou com agulhas e/ou seringas USADAS, ou seja, agulhas e/ou seringas que você acredita que outra pessoa já havia usado antes.

QE01 Quando você se injetou nos últimos 6 meses, qual a frequência com que isso ocorreu com agulhas e/ou seringas usadas, emprestadas, alugadas ou vendidas a você por uma outra pessoa (incluindo aí seu/sua parceiro/a)?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma → QE07
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana
- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

QE02 Nas vezes em que você se injetou com agulhas e/ou seringas usadas nos últimos 6 meses, qual a frequência com que elas pertenciam a...
[Leia uma categoria de cada vez. Assinale uma única resposta para cada item.]

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%)
- 2 Ocasionalmente (1–25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26–74%)
- 4 A maioria das vezes (75–99%)
- 5 Sempre (100%)
- 8 Recusou

	Quantas vezes					
1 Parceiro(a) sexual principal?	1	2	3	4	5	8
2 Algum parente que não seja seu(sua) parceiro(a) sexual?	1	2	3	4	5	8
3 Um(a) amigo(a) íntimo(a)?	1	2	3	4	5	8
4 Traficante/dono de galeria de pico ("calo") /injetador profissional/outro profissional do mercado de droga	1	2	3	4	5	8
5 Outra pessoa qualquer que você não conhecia bem	1	2	3	4	5	8

QE03 De quantas pessoas diferentes, ao todo, você obteve agulhas e/ou seringas usadas nos últimos 6 meses? — —

QE04 Nos últimos 6 meses, quando você usou agulhas e/ou seringas dadas, emprestadas, alugadas ou vendidas a você por uma outra pessoa, qual a frequência com que você as limpou antes de usar?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%) → QE06
- 2 Ocasionalmente (1–25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26–74%)
- 4 A maioria das vezes (75–99%)
- 5 Sempre (100%)
- 8 Recusou

QE05 Durante os últimos 6 meses, como você habitualmente limpava as agulhas e/ou seringas que uma outra pessoa já havia utilizado?

[Não leia as opções. Assinale uma única resposta.]

- 01 Água
 - 02 Água fervendo
 - 03 Sabão ou detergente
 - 04 Água sanitária
 - 05 Álcool
 - 98 Recusou
 - Outro (_____)
- Especifique* *Código*

QE06 Agora, eu vou ler uma lista de possíveis razões pelas quais você pode ter compartilhado agulhas e/ou seringas nos últimos 6 meses. Alguma delas se aplica a você? *[Leia uma categoria de cada vez. Assinale uma única resposta para cada item.]*

	Não	Sim	Rec.
1 Outros usuários me pressionaram a compartilhar	0	1	8
2 Pensei que era seguro, porque eu a(s) tinha limpo	0	1	8
3 Sou cuidadoso(a) ao escolher com quem compartilho	0	1	8
4 Estava preso(a)	0	1	8
5 Não tinha minha(s) própria(s) agulha(s) e/ou seringa(s)	0	1	8
6 Agulhas e/ou seringas são difíceis de conseguir	0	1	8
7 Agulhas e/ou seringas são caras	0	1	8
8 O(a) outro(a) era o(a) dono(a) da droga	0	1	8

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
1 Um(a) parceiro(a) sexual fixo(a)?	0	1	8
2 Algum parente que não seja seu(sua) parceiro(a) sexual?	0	1	8
3 Algum(a) amigo(a) íntimo(a)?	0	1	8
4 Algum(a) cliente com o(a) qual você atuou como injetador profissional	0	1	8
5 Um novo usuário – quando da sua primeira aplicação?	0	1	8
6 Uma outra pessoa qualquer que você não conhecia bem?	0	1	8

QE19 Nos últimos 6 meses, alguma vez você ajudou alguém a se injetar pela primeira vez?

[Não leia as opções. Assinale uma única resposta.]

0 Não → **QE22**

1 Sim

8 Recusou → **QE22**

9 Não sabe/ não tem certeza → **QE22**

QE20 Quantas pessoas diferentes você ajudou a injetar pela primeira vez, nos últimos 6 meses? ___

XE21 Algum deles era...

[Leia uma categoria de cada vez. Assinale uma única resposta para cada item.]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
1 Um(a) parceiro(a) sexual fixo(a)?	0	1	8
2 Outro(a) parceiro(a) sexual?	0	1	8
3 Seu filho ou filha?	0	1	8
4 Outro parente que não fosse seu(sua) parceiro(a) sexual?	0	1	8

Agora, eu gostaria de fazer a você algumas perguntas sobre o seu uso de agulhas e/ou seringas novas e esterilizadas, isto é, agulhas e/ou seringas que nunca foram utilizadas antes por ninguém, nem mesmo por você.

QE22 Nos últimos 6 meses, você obteve alguma agulha e/ou seringa nova/que não tivesse(m) sido utilizada(s) antes?

0 Não → **QE26**

1 Sim

8 Recusou → **QE26**

QE23 Nos últimos 6 meses, como você obteve agulhas e/ou seringas novas/não utilizadas anteriormente?

[Não leia as opções. Assinale mais do que uma resposta “sim”, caso mencionada.
Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

	Mencionados	
	Não	Sim
01 Farmácia	0	1
02 Outra loja que não uma farmácia	0	1
03 Máquina de venda	0	1
04 Vendedor ambulante	0	1
05 Médico de família/generalista	0	1
06 Hospital	0	1
07 Agente/instituição de saúde na área de drogas	0	1
08 Agente/programa de rua (<i>outreach</i>)	0	1
09 Outras agências de saúde/previdência	0	1
10 Parceiro(a) sexual	0	1
11 Membro da família que não o(a) parceiro(a) sexual	0	1
12 Amigos	0	1
13 Outros usuários de drogas	0	1
14 Traficante	0	1
15 Programa de troca de agulha/seringa	0	1
16 Roubou de uma fonte de suprimento	0	1
17 Nas ruas	0	1
18 Lixo (inclui lixo hospitalar)	0	1
91 Outro (_____)	0	1
<i>Especifique</i>	_____	<i>Código</i>

[Se mais de um item mencionado na pergunta QE23]

QE24 Qual a fonte de seringas/agulhas que você usa mais frequentemente?

_____ _____
especificar *Código*

[Use os códigos da questão QE23]

QE26 Até onde você consegue se lembrar, durante toda a sua vida, alguma vez você se injetou com algumas das seguintes pessoas?

[Leia uma categoria de cada vez. Assinale uma resposta para cada item.]

	Não	Sim	Rec.
1 Alguém infectado com o HIV?	0	1	8
2 Alguém com hepatite?	0	1	8
3 Algum homem usuário de droga, que tenha tido sexo com outro homem?	0	1	8
4 Alguma mulher usuária de droga, que tenha tido sexo com outra mulher?	0	1	8

SEÇÃO F: ÚLTIMA INJEÇÃO

(módulo de opção local)

Agora, pense sobre a última vez em que você se injetou e nas pessoas que estavam com você naquele momento.

XF01 Você se lembra da data em que você se injetou pela última vez?

____ _
Dia Mês Ano

XF02 Onde você se injetou nesta ocasião?

[Não leia as opções. Assinale uma única resposta.]

- 01 No lugar onde eu moro
- 02 Na casa do(a) meu(minha) parceiro(a) sexual
- 03 Na casa de um parente (que não o parceiro sexual)
- 04 Na casa de um(a) amigo(a)
- 05 Na casa de alguma outra pessoa
- 06 Em um abrigo ou residência mantida pelo governo/instituição
- 07 Em um colégio/escola/faculdade
- 08 Num local específico de "uso seguro" de drogas
- 09 Numa galeria de pico ("calo") em local fechado, na residência de um traficante ou algum outro local onde se consome drogas
- 10 Numa galeria de pico ("calo") ao ar livre, ou algum outro local aberto onde se consome drogas
- 11 Em um clube ou bar
- 12 Em qualquer outro lugar público (rua, parque, construção abandonada, banheiro público, etc.)
- 13 Em um carro ou veículo similar
- 98 Recusou
- Outro (_____)
Especificar
código

XF03 Quantas outras pessoas estavam também se injetando neste mesmo local, ao mesmo tempo que você?

SEÇÃO G: PAPEL DAS DROGAS

(módulo de opção local)

Agora, pense sobre a os últimos 6 meses. Nos últimos 6 meses, você participou de alguma das seguintes atividades com o objetivo de ganhar dinheiro, drogas ou outros bens ou serviços?

XG01 Você vendeu drogas ou fez parte de alguma operação de venda de drogas em troca de dinheiro, drogas ou outros bens ou serviços?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

SEÇÃO H: COMPORTAMENTO SEXUAL

Eu gostaria agora de fazer algumas perguntas sobre o seu relacionamento sexual com seu(sua) parceiro(a) principal, parceiros(as) eventuais e clientes. Você pode pensar que algumas destas perguntas são de natureza pessoal, mas lembre-se de que estamos pedindo a todos os entrevistados que respondam a estas mesmas perguntas. Algumas delas podem não se aplicar a você. Todas as suas respostas serão tratadas como estritamente confidenciais.

QH01 Com que frequência você teve relações sexuais (vaginais, anais ou orais) com alguém do sexo oposto nos últimos 6 meses?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma **M: → QH21**
F: → QH24
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana
- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

As próximas perguntas são sobre sexo com seu(sua) parceiro(a) principal do sexo oposto. Por parceiro(a) principal, eu quero dizer alguém que é seu(sua) parceiro(a) sexual regular e mais importante do sexo oposto.

QH07 Nos últimos 6 meses quais métodos contraceptivos você e seu(sua) parceiro(a) principal usaram? [*Não leia a lista. Assinale mais de uma resposta "sim", caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com "algo mais?"*]

	Mencionado	
	Não	Sim
01 Nenhum	0	1
02 Preservativo (camisinha)	0	1
03 Preservativo feminino	0	1
04 Contraceptivo oral	0	1
05 Contraceptivo intramuscular (ex. Depovera)	0	1
06 DIU	0	1
07 Diafragma	0	1
08 Esponja ou espermicida	0	1
09 Tabela	0	1
10 Esterilização	0	1
91 Outro (_____)	0	1

Especifique
Código

As perguntas a seguir são sobre relações sexuais com parceiros(as) ocasionais do sexo oposto. Por parceiro(a) ocasional, eu quero dizer alguém com quem você tenha tido relações sexuais que não seja o(a) seu(sua) parceiro(a) principal. Não inclua nesta categoria "clientes" que pagam (em dinheiro, drogas ou bens e serviços) para manter relações sexuais.

QH08 Nos últimos 6 meses, com que frequência você teve relações vaginais ou anais com um(a) parceiro(a) ocasional do sexo oposto?

MOSTRE O CARTAO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma → **QH13**
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1-3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2-3 vezes por semana
- F 4-6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2-3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

QH09 Com quantos(as) parceiros(as) ocasionais do sexo oposto você teve relações sexuais vaginais ou anais nos últimos 6 meses? — —

QH10 Nos últimos 6 meses, quando você teve relações vaginais ou anais com seu(s)/sua(s) parceiro(s)/parceira(s) ocasional(ais) do sexo oposto, com que

freqüência você ou seu(sua) parceiro(a) usaram preservativo (camisinha) masculino ou feminino?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%)
- 2 Ocasionalmente (1–25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26–74%)
- 4 A maioria das vezes (75–99%)
- 5 Sempre (100%]
- 8 Recusou

QH11 Quantos desses(as) parceiros(as) ocasionais do sexo oposto injetaram drogas alguma vez? — —

As perguntas seguintes são sobre sua atividade sexual com clientes do sexo oposto. Por cliente eu quero dizer pessoas que pagaram a você com dinheiro, mercadorias ou drogas por sexo. Quando eu me refiro a sexo aqui, eu quero dizer sexo vaginal, anal, oral e masturbação.

QH13 Nos últimos 6 meses, com que freqüência você teve um(a) cliente do sexo oposto que te deu dinheiro ou mercadoria em troca de sexo?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana
- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

QH14 Nos últimos 6 meses, com que freqüência você teve um(a) cliente do sexo oposto que te deu drogas em troca de sexo?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana

- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

Se "nunca" para ambas QH13 e QH14 → QH21

[Não pergunte se a resposta foi "não" para ambas as questões QH13 e QH14

QH15 Nos últimos 6 meses quantos clientes do sexo oposto diferentes você teve, em média, por mês? _____

[Ofereça alternativas ao(à) entrevistado(a) para obter melhores estimativas. Se forem "muitos de perder a conta", utilize "995".]

[Não pergunte se a resposta foi "não" para ambas as questões QH13e QH14

Agora eu gostaria que você pensasse sobre todos(as) os(as) clientes do sexo oposto que você teve nos últimos 6 meses.

QH16 Quando você teve relações vaginais ou anais com seu(s)/sua(s) cliente(s) do sexo oposto, com que frequência você ou seu(sua) parceiro(a) usaram preservativo (camisinha) masculino ou feminino?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%)
- 2 Ocasionalmente (1–25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26–74%)
- 4 A maioria das vezes (75–99%)
- 5 Sempre (100%)
- 8 Recusou

[Não pergunte se a resposta foi "não" para ambas as questões QH13 e QH14

QH17 Nos últimos 6 meses, com que frequência você fez sexo oral com um(a) cliente do sexo oposto?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES A

- A Nunca/nenhuma
- B Menos de uma vez ao mês
- C 1–3 vezes ao mês
- D Cerca de uma vez por semana
- E 2–3 vezes por semana

- F 4–6 vezes por semana
- G Cerca de uma vez por dia
- H 2–3 vezes por dia, quase todo dia
- I 4 ou mais vezes por dia, quase todo dia
- J Recusou

Se o entrevistado for do sexo masculino, faça as perguntas QH21 a QH23

Se a entrevistada for do sexo feminino, faça as perguntas QH24 a QH26 → QH24

[Pergunte apenas se o entrevistado for do sexo masculino.]

QH21 Nos últimos 5 anos, em algum momento você teve um relacionamento sexual (sexo anal e/ou oral) com outro homem (incluindo os que possam ter ocorrido na prisão ou por dinheiro, voluntário ou não)?

- 0 Não → **Sec. I ou Sec. J**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **Sec. I ou Sec. J**

[Pergunte apenas se o entrevistado for do sexo masculino.]

QH22 Com aproximadamente quantos parceiros masculinos você teve relações sexuais (anais e/ou orais) nos últimos 6 meses? — —

Se "00" → **Sec. I ou Sec. J**

[Pergunte apenas se o entrevistado for do sexo masculino.]

QH23 Quando você teve relações sexuais com outro homem nos últimos 6 meses, com que frequência você usou preservativo (camisinha)?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%)
- 2 Ocasionalmente (1–25%)
- 3 Aproximadamente metade das vezes (26–74%)
- 4 A maioria das vezes (75–99%)
- 5 Sempre (100%)
- 8 Recusou

Passa para a Seção I ou J → Sec. I ou Sec. J

[Pergunte apenas se a entrevistada for do sexo feminino.]

QH24 Nos últimos 5 anos, em algum momento você teve um relacionamento sexual com outra mulher (incluindo os que possam ter ocorrido na prisão ou por dinheiro, voluntário ou não)?

- 0 Não → **Sec. I ou Sec. J**
 1 Sim
 8 Recusou → **Sec. I ou Sec. J**

[Pergunte apenas se a entrevistada for do sexo feminino.]

QH25 Com aproximadamente quantas parceiras do sexo feminino você teve relações sexuais nos últimos 6 meses? — —

Se "00" → **Sec. I ou Sec. J**

[Pergunte apenas se a entrevistada for do sexo feminino.]

QH26 Quando você teve relações sexuais com outra mulher nos últimos 6 meses, com que frequência você usou preservativo feminino (ou barreira para sexo oral, etc.)?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES C

- 1 Nunca (0%)
 2 Ocasionalmente (1–25%)
 3 Aproximadamente metade das vezes (26–74%)
 4 A maioria das vezes (75–99%)
 5 Sempre (100%)
 8 Recusou

Para quem nunca se injetou, omita a Seção I e vá para a Seção J

SEÇÃO I: VIAGENS

[Pergunte esta seção apenas se o(a) entrevistado(a) é ou foi usuário(a) de drogas injetáveis.]

Agora, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre os diferentes lugares para os quais você viajou nos últimos dois anos, e sobre qualquer uso de drogas injetáveis nesses lugares.

QI01 Você injetou drogas fora da área desta cidade nos últimos dois anos?

- 0 Não → **Sec. J**
 1 Sim
 8 Recusou → **Sec J**

QI02 Em algum desses lugares você injetou com agulhas e/ou seringas dadas, emprestadas ou vendidas a você por pessoas que você conheceu nesses lugares?

- 0 Não
 1 Sim
 8 Recusou

QI03 Em algum desses lugares você deu, emprestou, alugou ou vendeu agulhas e/ou seringas usadas a pessoas que você conheceu nesses lugares?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QI04 Em algum desses lugares você se injetou usando uma seringa na qual outra pessoa que você conheceu lá colocou alguma droga com a seringa usada dele(a) (*frontloading, backloading, etc.*)?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QI05 Em algum desses lugares você compartilhou fogareiro, algodão, água de lavar/enxaguar ou outros apetrechos para injeção de drogas com pessoas que você conheceu nesses lugares?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QI06 Em algum desses lugares você “puxou” sua dose de uma solução contendo drogas compartilhada por outras pessoas que você conheceu nesses lugares?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QI07 Em algum desses lugares você fez sexo com alguém que você conheceu nesses lugares?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

SEÇÃO J: CONHECIMENTO SOBRE AIDS E MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

Agora, eu gostaria de fazer algumas perguntas sobre HIV e AIDS.

QJ01 Você já ouviu falar de HIV ou AIDS?

- 0 Não → **Sec. K**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **Sec. K**

QJ02 Com que frequência você fala sobre HIV ou AIDS com seus(suas) parceiros(as) sexuais?

[Leia todas as opções de resposta (exceto recusou). Assinale uma única resposta.]

- 0 Não falo
- 1 Raramente
- 2 Frequentemente
- 7 Não se aplica (não tem parceiros sexuais)
- 8 Recusou

QJ03 Com que frequência você fala sobre HIV ou AIDS com seus(suas) companheiros(as) usuários(as) de drogas?

[Leia todas as opções de resposta (exceto recusou). Assinale uma única resposta.]

- 0 Não falo
- 1 Raramente
- 2 Frequentemente
- 7 Não se aplica (não tem companheiros usuários de drogas)
- 8 Recusou

QJ04 Com que frequência você fala sobre HIV ou AIDS com seus familiares?

[Leia todas as opções de resposta (exceto recusou). Assinale uma única resposta.]

- 0 Não falo
- 1 Raramente
- 2 Frequentemente
- 7 Não se aplica (não tem família)
- 8 Recusou

QJ05 Você acredita que uma pessoa pode se infectar com o HIV (o vírus que causa a AIDS) e ter uma aparência saudável?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou
- 9 Não sabe

QJ06 Agora, você poderia me dizer todas as maneiras pelas quais as pessoas podem se infectar com o HIV?

[Não leia a lista. Assinale mais de uma resposta "sim", caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com "algo mais?"]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Não conheço nenhuma maneira	0	1
02 Compartilhando agulhas e/ou seringas	0	1
03 Compartilhando outros apetrechos de injeção de drogas/solução de drogas	0	1
04 Fazendo sexo (sem dizer, se protegido ou não)	0	1
05 Fazendo sexo sem proteção	0	1
06 Contato com sangue contaminado	0	1
07 Transfusão de sangue/derivados	0	1
08 Perinatalmente, de mãe para filho	0	1
10 Doando sangue	0	1
11 Beijo	0	1
12 Mosquitos	0	1
13 Assento de privada	0	1
14 Assento de transporte público	0	1
91 Outro (_____)	0	1
<i>Especifique</i>	<i>Código</i>	

QJ07 Que porcentagem de pessoas infectadas com o HIV você acredita que ficará seriamente doente?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES B

- 1 Nenhuma (0%)
- 2 Algumas (1–25%)
- 3 Cerca de metade (26–74%)
- 4 A maioria (75–99%)
- 5 Todas (100%)
- 8 Recusou

QJ08 Desde que você ouviu sobre HIV/AIDS pela primeira vez, você fez alguma coisa para evitar se contaminar com o vírus ou para evitar que uma outra pessoa pegasse de você?

- 0 Não → **Sec. K**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **Sec. K**

QJ09 O que você fez?

[Não leia a lista. Assinale mais de uma resposta "sim", caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com "algo mais?"]

Mencionado
Não Sim

SEXO

01 Passou a usar/tornou mais freqüente o uso de preservativo (camisinha)	0	1
--------------------------------------------------------------------------	---	---

02 Outras práticas de sexo seguro (não especificado)	0	1
03 Menor número de parceiros(as) sexuais	0	1
04 Menor número de parceiros(as) homo/bissexuais	0	1
05 Menor número de parceiros(as) usuários(as) de drogas	0	1
06 Parou de fazer sexo	0	1
07 Outras mudanças no comportamento sexual (_____)	0	1
<i>Especifique</i>	<i>código</i>	
08 Outras mudanças no comportamento sexual (_____)	0	1
<i>Especifique</i>	<i>código</i>	

DROGAS

09 Menor uso de drogas em geral	0	1
10 Reduziu o uso de drogas injetáveis	0	1
11 Parou de usar drogas injetáveis	0	1
12 Reduziu o compartilhamento de equipamentos/soluções contendo drogas	0	1
13 Parou de compartilhar equipamentos/soluções contendo drogas	0	1
14 Começou a limpar/tornou mais freqüente a limpeza dos equipamentos	0	1
15 Outras mudanças relacionadas ao uso de drogas (_____)	0	1
<i>Especifique</i>	<i>Código</i>	
16 Outras mudanças relacionadas ao uso de drogas (_____)	0	1
<i>Especifique</i>	<i>Código</i>	

OUTROS

17 Outras mudanças (_____)	0	1
<i>Especifique</i>	<i>Código</i>	
18 Outras mudanças (_____)	0	1
<i>Especifique</i>	<i>Código</i>	

XJ10 Você conhece alguma pessoa que está infectada com o HIV ou que tenha AIDS, e que pertença às categorias listadas a seguir?

[*Leia um item de cada vez. Assinale uma resposta para cada item. N/A (não se aplica) deve ser utilizado caso o(a) entrevistado(a) não conheça ninguém que corresponda à descrição de um dado item*]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>N/A</i>	<i>Rec.</i>
1 Usuários de droga em atividade ou ex-usuários, que tenham compartilhado alguma vez equipamento de injeção de drogas com você	0	1	7	8
2 Outros usuários de drogas em atividade ou ex-usuários	0	1	7	8
3 Alguém que tenha sido seu(sua) parceiro(a) sexual	0	1	7	8
4 Alguém que mora com você (em sua casa)	0	1	7	8
5 Amigos ou parentes	0	1	7	8
6 Qualquer outra pessoa que você conheça	0	1	7	8

SEÇÃO K: HISTÓRIA MÉDICA

QK01 Como você descreveria seu estado de saúde atual? Você diria que ele é..

[Leia todas as opções de resposta (exceto recusou/não sabe), assinale uma única resposta]

- 1 Excelente
- 2 Bom
- 3 Razoável
- 4 Ruim
- 8 Recusou
- 9 Não sabe/não tem certeza

QK02 Alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha_____ [modalidade de infecção].

[Leia um item por vez. Assinale uma resposta para cada item]

[Se “sim”]

QK03 Quando foi a última vez (ano) em que você teve_____ [modalidade de infecção].

	QK02 Disse alguma vez?				Se “Sim”
	Não	Sim	Rec.	NS	QK03 Ano
01 Tuberculose?	0	1	8	9	_____
02 Endocardite (infecção cardíaca)?	0	1	8	9	_____
03 Pneumonia (que não por <i>Pneumocystis carinii</i>)?	0	1	8	9	_____
04 Cirrose hepática?	0	1	8	9	_____
05 Infecção oral devido a fungos, como candidíase/sapinho?	0	1	8	9	_____
06 Sífilis?	0	1	8	9	_____
07 Gonorréia?	0	1	8	9	_____
08 Verrugas genitais?	0	1	8	9	_____
09 Herpes genital?	0	1	8	9	_____
10 Clamídia (uretrite não-gonocócica)?	0	1	8	9	_____
11 Hepatite?	0	1	8	9	_____
12 Malária?	0	1	8	9	_____
[Pergunte os itens 13–15 apenas se o entrevistado for um UDI ou ex-UDI]					
13 Abscessos no lugar da injeção?	0	1	8	9	_____
14 Outros abscessos em outros locais do corpo?	0	1	8	9	_____
15 Veias colabadas ou outros danos diretamente decorrentes do uso injetável?	0	1	8	9	_____

[Pergunte os itens 16–17 apenas se a entrevistada for mulher]

16 Doença inflamatória pélvica?	0	1	8	9	_____
17 Câncer cervical?	0	1	8	9	_____

QK04 Você recebeu alguma vez aconselhamento pré-teste com relação ao teste para o HIV?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QK05 Você já foi testado(a) para o HIV

- 0 Não → **QK13**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **QK13**
- 9 Não sabe → **QK13**

QK06 Onde você foi testado(a) para o HIV?

[Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algum outro local?”]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Centro de Tratamento de drogas	0	1
02 Clínica para DST	0	1
03 Hospital	0	1
04 Médico particular	0	1
05 <i>Kit</i> de testagem domiciliar	0	1
06 Delegacia/Prisão	0	1
12 Centro de Testagem anônima (COAS)	0	1
13 Projeto comunitário (p. ex. da FIOCRUZ)	0	1
91 Outros (_____) <i>especificar</i>	0	1

Código

QK07 Você recebeu os resultados do teste para o HIV?

- 0 Não → **QK13**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **QK13**
- 9 Não sabe → **QK13**

QK08 Você recebeu um resultado positivo para o teste para o HIV, ou seja de que você estava infectado(a) com o HIV?

- 0 Não → **QK11**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **QK11**

QK09 Você recebeu aconselhamento pós-teste?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QK10 Quando você recebeu um resultado positivo para o teste para o HIV pela primeira vez?

___ ___
mês ano

QK11 Você recebeu alguma vez um resultado negativo para o teste para o HIV?

0 Não → **QK13**

1 Sim

8 Recusou → **QK13**

QK12 Quando você recebeu um resultado negativo para o teste para o HIV pela última vez?

___ ___
mês ano

QK13 Nos últimos 6 meses, você tomou alguma medicação anti-AIDS, como AZT, DDI, inibidores da protease, ou alguma outra?

0 Não → **QK15**

1 Sim

2 Sim, mas não sabe dizer qual → **QK15**

8 Recusou → **QK15**

QK14 Nos últimos 6 meses, qual medicação anti-AIDS você tomou?

[Leia todas as opções de resposta, assinale uma resposta para cada item]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
01 AZT	0	1	8
02 DDI	0	1	8
03 DDC	0	1	8
04 Inibidores de protease	0	1	8
05 Algo de que não se recorda o nome	0	1	8
09 Coquetel (sem especificar os medicamentos)	0	1	8

QK15 Alguma vez um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde disse que você tinha AIDS?

0 Não → **Seção L**

1 Sim

8 Recusou → **Seção L**

QK16 Quando disseram a você pela primeira vez que você tinha AIDS? ___ ___
Mês ano

XK17 Já fez transfusão de sangue?

0 Não

1 Sim → **XK18**

8 Recusou

9 Não Sei

XK18 Quando? [Liste todas as vezes]

(ano) _____
(ano) _____
(ano)

SEÇÃO L: HEPATITE

Agora, vamos te perguntar algumas questões sobre uma doença denominada hepatite.

QL01 Você poderia me dizer quais são os diferentes tipos de hepatite?

[Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “alguma outra?”]

	Mencionado	
	Não	Sim
1 Não conhece nenhum tipo	0	1
2 Hepatite A	0	1
3 Hepatite B	0	1
4 Hepatite C	0	1
5 Hepatite D ou E	0	1
6 Outra (_____) especificar	0	1
	_____	_____
	código	código

QL02 Você já foi vacinado(a) contra a hepatite B?

0 Não → **QL04**

1 Sim

3 Foi vacinado(a) com uma vacina contra hepatite que não conhece

8 Recusou → **QL04**

9 Não sabe → **QL04**

QL03 Quantas doses de vacina você recebeu? ___ → **QL05**

QL04 Se você tivesse a chance de ser vacinado(a) para a hepatite B, você tomaria a vacina?

0 Não

1 Sim

8 Recusou

Se o(a) entrevistado(a) mencionar as hepatites B/C na questão QL01, pergunte cada uma das questões entre QL05 e QL20, a cada vez, em separado, para a Hepatite “B” e para a hepatite “C”. Se o(a) entrevistado(a) não tiver mencionado “B” ou “C” pergunte as questões para “hepatites”, registrando na coluna “hepatite (qualquer tipo)”.

QL05–QL07 Como a hepatite (B/C) é transmitida?

[*Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “de alguma outra forma?”*]

	QL05 Hep B		QL06 Hep C		QL07 Hep (qualquer)	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
1 Não conhece nenhuma maneira	0	1	0	1	0	1
2 Compartilhando agulhas e/ou seringas	0	1	0	1	0	1
3 Compartilhando outros equipamentos de injeção/líquido de diluição das drogas	0	1	0	1	0	1
4 Praticando sexo (sem especificar se protegido ou não)	0	1	0	1	0	1
5 Praticando sexo, sem proteção (preservativo)	0	1	0	1	0	1
6 Contato com sangue infectado	0	1	0	1	0	1
7 Contato com outros fluidos corporais infectados	0	1	0	1	0	1
8 Compartilhando talheres, pratos e copos	0	1	0	1	0	1
9 Compartilhando escova de dentes, pente, lâmina de barbear, toalha	0	1	0	1	0	1
10 Tatuagem infectada/instrumentos de “piercing”	0	1	0	1	0	1
11 Transusão de sangue/hemoderivados	0	1	0	1	0	1
12 Perinatal, da mãe para o bebê	0	1	0	1	0	1
13 Outra (_____)	0	1	0	1	0	1
<i>especificar</i>						

<i>código</i>						

XL08–XL10 Onde você ouviu falar sobre hepatite (B/C)?

[*Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “de alguma outra forma?”*]

	XL08 Hep B		XL09 Hep C		XL10 Hep (qualquer)	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
01 Médico/enfermeira/outra profissional de saúde	0	1	0	1	0	1
02 Jornal/revista, rádio/TV	0	1	0	1	0	1
03 Família/amigos	0	1	0	1	0	1
04 Escola/trabalho	0	1	0	1	0	1
05 Posters/panfletos	0	1	0	1	0	1
06 Usuários de drogas injetáveis	0	1	0	1	0	1
07 Organizações de usuários de drogas	0	1	0	1	0	1
08 Agentes de saúde que trabalham “na cena”	0	1	0	1	0	1
09 Programa de Troca de Seringas	0	1	0	1	0	1
10 Companheiros de cela	0	1	0	1	0	1
11 Outro (_____)	0	1	0	1	0	1
<i>especificar</i>						

<i>código</i>						

QL11–QL13 O quanto você se preocupa em se infectar com a hepatite (B/C)? Você diria que ... [Leia todas as opções de resposta (exceto recusou/não sabe), assinale uma única resposta]

	QL11 Hep B	QL12 Hep C	QL13 Hep (qualquer)
Não está preocupado(a)	1	1	1
Está um pouco preocupado(a)	2	2	2
Está muito preocupado(a)	3	3	3
Não se aplica – já foi vacinado(a) [Válido apenas para a hepatite B]	7		
Recusou	8	8	8

QL14–QL16 Qual a percentagem das pessoas que têm hepatite (B/C) que você acredita que ficarão seriamente doentes?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES B

	QL14 Hep B	QL15 Hep C	QL16 Hep (qualquer)
Nenhuma (0%)	1	1	1
Algumas (1–25%)	2	2	2
Cerca de metade (26–74%)	3	3	3
A maioria (75–99%)	4	4	4
Todas (100%)	5	5	5
Recusou	8	8	8
Não sabe	9	9	9

QL20–QL22 Você já conversou sobre hepatite (B/C) com algumas das pessoas listadas abaixo?[Leia todas as opções de resposta, assinale uma resposta para cada item. N/A (Não se aplica) deve ser assinalado se o entrevistado não conhecer nenhuma pessoa com as características descritas em cada item]

	QL20 Hep B				QL21 Hep C				QL22 Hep (qualquer)					
	Não	Sim	NA	Rec.	Não	Sim	NA	Rec.	Não	Sim	NA	Rec.		
Rec.														
1 UDI ou ex-UDI com quem você compartilhou equipa- mentos de injeção	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8		
2 Outros UDI ou ex-UDI	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8		
3 Alguém que foi/é seu(sua) parceiro sexual	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8		
4 Alguém que mora com você (divide o mesmo domicílio)	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8		
5 Outros amigos ou parentes	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8		
6 Outra pessoa qualquer	0	1	7	8	0	1	7	8	0	1	7	8		

Se o(a) entrevistado(a) respondeu a todas as questões para hepatite (qualquer), sem estabelecer uma distinção entre os tipos de hepatite, vá para a seção M. →

Seção M

QL23 Você já foi testado(a) para a hepatite C?

0 Não → **Seção M**

1 Sim

8 Recusou → **Seção M**

9 Não sabe → **Seção M**

QL24 Você recebeu os resultados do teste para a hepatite C?

0 Não → **Seção M**

1 Sim

8 Recusou → **Seção M**

9 Não sabe → **Seção M**

QL25 Você recebeu alguma vez um resultado negativo para o teste para o HCV?

0 Não → **QL27**

1 Sim

8 Recusou → **QL27**

QL27 Você recebeu um resultado positivo para o teste para o HCV?

0 Não → **Seção M**

1 Sim

8 Recusou → **Seção M**

XL28 Quando você recebeu um resultado positivo para o teste para o HCV pela primeira vez?

— — — — —
mês ano

SEÇÃO M: UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS

QM01 Há quanto tempo atrás você foi atendido(a) por um médico/serviço de saúde pela última vez? Nos referimos aqui a quaisquer serviços que o(a) auxiliaram quando você se sentiu mal/esteve doente ou que avaliaram sua saúde (*check-up*), excluindo os serviços destinados ao tratamento do abuso de drogas.

[*Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta afirmativa*]

0 Nunca

1 Nos últimos 6 meses

2 Há mais de 6 meses e há menos de um ano

3 Há mais de um ano e há menos de 2 anos

4 Há mais de 2 anos atrás

8 Recusou

QM02 Você tem tido, recentemente, dificuldade em conseguir tratamento médico quando fica doente ou se sente mal?

0 Não → **QM04**

1 Sim

8 Recusou → **QM04**

QM03 Por que você não tem conseguido receber tratamento médico quando precisa dele? [Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

	Mencionado	
	Não	Sim
01 Não há serviços disponíveis	0	1
02 Não há serviços próximos	0	1
03 Não há como chegar aos serviços	0	1
04 O serviço nem sempre está aberto/tem horários inconvenientes	0	1
05 As pessoas no serviço de saúde falam outras línguas que não a minha	0	1
06 Não gosto do serviço/não confio nele/não acredito em médicos	0	1
07 Existe serviço, mas não tenho como pagar	0	1
08 Existe serviço, mas não pode me ajudar, não oferece o que eu preciso	0	1
09 Existe serviço, mas eu não preencho os critérios de admissão	0	1
10 Tenho medo de procedimentos que possam causar dor/sofrimento	0	1
11 Tenho medo da interferência e de ser preso pelas autoridades (p. ex. polícia)	0	1
12 Os serviços são muito hostis aos usuários de drogas	0	1
13 Os serviços não aceitam usuários de drogas	0	1
91 Outro (_____)	0	1
<i>especificar</i>	— —	<i>código</i>

[Pergunte apenas se o(a) entrevistado(a) tiver sido recrutado de um local que não um centro de tratamento]

QM04 Você tem tido, recentemente, dificuldade em conseguir tratamento para o abuso de drogas?

0 Não → **QM06**

1 Sim

8 Recusou → **QM06**

QM05 Por que você não tem conseguido receber tratamento para o abuso de drogas quando precisa dele?

[Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

	Mencionado	
	Não	Sim
01 Não há centros de tratamento disponíveis	0	1
02 Não há centros de tratamento próximos	0	1
03 Não há como chegar aos centros de tratamento	0	1
04 O centro de tratamento nem sempre está aberto/tem horários inconvenientes	0	1
05 As pessoas no centro de tratamento falam outras línguas que não a minha	0	1
06 Não gosto do centro de tratamento /não confio nele/não acredito nestes centros	0	1
07 Existem centros de tratamento, mas não tenho como pagar	0	1
08 Existem centros de tratamento, mas não pode me ajudar, não oferece o que eu preciso	0	1

09 Existem centros de tratamento, mas eu não preencho os critérios de admissão	0	1
10 Tenho medo de procedimentos que possam causar dor/sofrimento	0	1
11 Tenho medo da interferência e de ser preso pelas autoridades (p. ex. polícia)	0	1
91 Outro (_____)		
<i>especificar</i>	_ _	<i>código</i>
	0	1

QM06 Você deixou alguma vez de ir a um serviço de saúde, local de prevenção anti-HIV/AIDS, centro de tratamento para o abuso de drogas ou correlato por que teve medo de encontrar a polícia ou outras autoridades?

0 Não → **Seção N**

1 Sim

8 Recusou → **Seção N**

QM07 Quais os serviços oferecidos aos quais você deixou de ir?

[*Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”*]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Deixei de ir a todos eles, porque não queria que as autoridades soubessem de mim	0	1
02 Unidade de saúde para o tratamento de problemas relacionados ao HIV	0	1
03 Unidade de saúde para o tratamento de problemas relacionados à hepatite	0	1
04 Unidade de saúde para o tratamento das doenças sexualmente transmissíveis (DST)	0	1
05 Unidade de saúde para o tratamento de <i>overdose</i> /surto psicótico	0	1
06 Centro de tratamento para o abuso de drogas	0	1
07 Programa de Troca de Seringas	0	1
08 Unidade para o tratamento de distúrbio pós-traumático	0	1
09 Serviço de clínica geral	0	1
10 Serviço de psiquiatria	0	1
11 Grupo de Mútua-ajuda	0	1
91 Outro (_____)		
<i>especificar</i>	_ _	<i>código</i>
	0	1

SEÇÃO N: OVERDOSE

QN01 Alguma vez você assistiu a um episódio grave de *overdose*, de modo que a pessoa chegasse a perder a consciência?

0 Não → **QN05**

1 Sim

8 Recusou → **QN05**

QN02 Quantas vezes isso ocorreu?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES D

- 1 Uma única vez
- 2 Duas vezes
- 3 3–5 vezes
- 4 6–10 vezes
- 5 Mais de 10 vezes
- 8 Recusou

QN03 Por favor, pense a respeito da última vez em que isso ocorreu. Há quanto tempo foi? *[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta afirmativa]*

- 1 Nas última semana
- 2 Há mais de uma semana e há menos de um mês
- 3 Há mais de um mês e há menos de 6 meses
- 4 Há mais de 6 meses atrás e há menos de 1 ano
- 5 Há mais de um ano e há menos de 2 anos (há cerca de um ano)
- 6 Há mais de 2 anos atrás e há menos de 5 anos (há alguns anos)
- 7 Há mais de 5 anos
- 8 Recusou

QN04 O que você e as outras pessoas presentes fizeram?

[Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Nada	0	1
02 Não sabiam o que fazer	0	1
03 Carregaram [a pessoa com <i>overdose</i>] para outro local	0	1
04 Colocaram a pessoa numa posição que facilitava a respiração	0	1
05 Fizeram respiração boca-a-boca	0	1
06 Fizeram manobras de ressuscitação cárdio-pulmonar	0	1
07 Sacudiram/bateram/beliscaram a pessoa	0	1
08 Aplicaram gelo, colocaram num banho frio, gritaram	0	1
09 Injetaram alguma droga (como naltrexone, etc.)	0	1
10 Injetaram alguma outra substância (como sal, leite, etc.)	0	1
11 Utilizaram remédios caseiros	0	1
12 Levaram a pessoa para o hospital/unidade de saúde	0	1
13 Chamaram a ambulância/pessoal especializado	0	1
14 Pediram ajuda a autoridades da justiça/polícia	0	1
15 Avisaram aos parentes da pessoa	0	1
16 Abandonaram imediatamente o local	0	1
17 Outro (_____)	0	1
<i>especificar</i>	<i>código</i>	

QN05 Você já viu alguém morrer de *overdose*?

[Se “*sim*”] Quantas pessoas?

[*Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta afirmativa*]

- 0 Nenhuma
- 1 Uma
- 2 Duas
- 3 Três a cinco
- 4 Seis ou mais
- 8 Recusou

XN06 Você já teve uma *overdose* grave a ponto de perder a consciência?

- 0 Não → **XN15**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **XN15**

XN07 Quantas vezes isso ocorreu?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES D

- 1 Uma única vez
- 2 Duas vezes
- 3 3–5 vezes
- 4 6–10 vezes
- 5 Mais de 10 vezes
- 8 Recusou

XN15 Se você solicitasse auxílio médico num episódio de *overdose*, você acredita que seria notificado às autoridades da justiça/polícia?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

QN17 Você já presenciou algum episódio de reação intensamente desfavorável ao consumo de drogas estimulantes/alucinógenas ou outras, como surto psicótico/“paranóia” ou pânico?

- 0 Não → **XN21**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **XN21**

QN18 Quantas vezes isso já ocorreu?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES D

- 1 Uma única vez
- 2 Duas vezes
- 3 3–5 vezes

- 4 6–10 vezes
- 5 Mais de 10 vezes
- 8 Recusou

QN19 Por favor, pense a respeito da última vez em que isso ocorreu. Há quanto tempo foi? *[Não leia as opções de resposta. Assinale uma única resposta afirmativa]*

- 1 Na última semana
- 2 Há mais de uma semana e há menos de um mês
- 3 Há mais de um mês e há menos de 6 meses
- 4 Há mais de 6 meses atrás e há menos de 1 ano
- 5 Há mais de um ano e há menos de 2 anos (há cerca de um ano)
- 6 Há mais de 2 anos atrás e há menos de 5 anos (há alguns anos)
- 7 Há mais de 5 anos
- 8 Recusou

QN20 O que você e as outras pessoas presentes fizeram?

[Não leia as opções de resposta. Assinale mais de uma resposta afirmativa caso mencionada. Auxilie o(a) entrevistado(a) apenas com “algo mais?”]

	<i>Mencionado</i>	
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>
01 Nada	0	1
02 Não sabiam o que fazer	0	1
03 Carregaram [a pessoa com paranóia] para outro local	0	1
04 Fizeram respiração boca-a-boca	0	1
05 Fizeram manobras de ressuscitação cárdio-pulmonar	0	1
06 Procuraram acalmá-la	0	1
07 Levaram-no(a) para um ambiente escuro e silencioso, ou local que lhe era familiar	0	1
08 Injetaram heroína ou outra substância	0	1
09 Deram à pessoa álcool ou outras substâncias sedativas	0	1
10 Utilizaram remédios caseiros	0	1
11 Levaram a pessoa para o hospital/unidade de saúde	0	1
12 Chamaram a ambulância/pessoal especializado	0	1
13 Pediram ajuda a autoridades da justiça/polícia	0	1
14 Avisaram aos parentes da pessoa	0	1
15 Abandonaram imediatamente o local	0	1
16 Outro (_____)	0	1
<i>especificar</i>	<u> </u>	<i>código</i>

XN21 Alguma vez você tomou alguma droga estimulante/alucinógena ou outra e teve um episódio de reação intensamente desfavorável, como surto psicótico, “paranóia” ou pânico?

- 0 Não → **Seção O ou P**
- 1 Sim
- 8 Recusou → **Seção O ou P**

XN22 Quantas vezes isso ocorreu?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES D

- 1 Uma única vez
- 2 Duas vezes
- 3 3–5 vezes
- 4 6–10 vezes
- 5 Mais de 10 vezes
- 8 Recusou

SEÇÃO O: VIOLÊNCIA

(módulo de opção local)

Muitas pessoas são vítimas de violência em algum momento das suas vidas. Isso ocorre também com frequência entre pessoas que consomem drogas. Procure se lembrar de todo o período desde que você consumiu drogas pela primeira vez. Perguntarei a você acerca de suas experiências ao longo de todo esse período.

XO01 Qual das opções listadas abaixo descreve de forma mais adequada o quanto você já se machucou em brigas ou foi agredido(a)?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES E

- 0 Nunca → **XO06**
- 1 Uma ou duas vezes
- 2 Algumas vezes
- 3 Cerca de uma vez ao ano
- 4 Cerca de uma vez ao mês
- 5 Cerca de uma vez na semana
- 7 Tão freqüente que não permite quantificar
- 8 Recusou

XO05 Quantas vezes essas agressões partiram de policiais, militares ou outras pessoas da área de segurança/justiça?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES E

- 0 Nunca
- 1 Uma ou duas vezes
- 2 Algumas vezes
- 3 Cerca de uma vez ao ano
- 4 Cerca de uma vez ao mês
- 5 Cerca de uma vez na semana
- 7 Tão freqüente que não permite quantificar
- 8 Recusou

XO06 Qual das opções listadas abaixo quantifica melhor o número de vezes, ao longo de todo esse período, em que a agressão envolveu uma arma?

MOSTRE O CARTÃO DE OPÇÕES E

- 0 Nunca
- 1 Uma ou duas vezes
- 2 Algumas vezes
- 3 Cerca de uma vez ao ano
- 4 Cerca de uma vez ao mês
- 5 Cerca de uma vez na semana
- 7 Tão freqüente que não permite quantificar
- 8 Recusou

Se a resposta for “nunca” para as perguntas XO01 e XO06, pule para Seção P

Se a resposta for “nunca” apenas para a pergunta XO06, pule para XO11 → XO11

XO11 Você já teve de receber cuidados médicos em decorrência das agressões sofridas desde que você começou a usar drogas?

- 0 Não
- 1 Sim
- 8 Recusou

SEÇÃO P: CONCLUSÃO

Para finalizar, algumas questões adicionais

QP01 Você se considera?

[Leia todas as opções de resposta pertinentes (excluindo “recusou”). Assinale uma única resposta]

- 1 Heterossexual
- 2 Homossexual/gay *[Pergunta exclusiva para homens]*
- 3 Homossexual/lésbica *[Pergunta exclusiva para mulheres]*
- 4 Bissexual
- 8 Recusou

QP02 Quantos filhos biológicos você teve? _ _

XP03 Você planeja ter outro filho?

- 0 Não
- 1 Sim
- 2 Entrevistada/parceira do entrevistado está no momento grávida
- 8 Recusou
- 9 Não sabe

XP04 Pense nos próximos 12 meses. Você acredita que haverá alguma mudança nos itens listados abaixo?

[Leia todas as opções de resposta, assinale uma resposta para cada item]

	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	<i>Rec.</i>
1 A via principal que você utiliza para consumir drogas	0	1	8
2 Seu nível de consumo de drogas	0	1	8
3 Sua situação profissional	0	1	8
4 Sua principal fonte de renda	0	1	8
5 Seu estado de saúde	0	1	8

CARTÃO DE OPÇÕES A

Nunca/nenhuma

Menos de uma vez ao mês

1–3 vezes ao mês

Cerca de uma vez por semana

2–3 vezes por semana

4–6 vezes por semana

Cerca de uma vez por dia

2–3 vezes por dia, quase todo dia

4 ou mais vezes por dia, quase todo dia

CARTÃO DE OPÇÕES B

Nenhuma (0%)

Algumas (1–25%)

Cerca de metade (26–74%)

A maioria (75–99%)

Todas (100%)

CARTÃO DE OPÇÕES C

Nunca (0%)

Ocasionalmente (1–25%)

Aproximadamente metade das vezes (26–74%)

A maioria das vezes (75–99%)

Sempre (100%)

CARTÃO DE OPÇÕES D

Uma única vez

Duas vezes

3–5 vezes

6–10 vezes

Mais de 10 vezes

CARTÃO DE OPÇÕES E

Nunca

Uma ou duas vezes

Algumas vezes

Cerca de uma vez ao ano

Cerca de uma vez ao mês

Cerca de uma vez na semana

Tão freqüente que não permite quantificar