

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Doutorado em Saúde Pública

Naíde Teodósio Valois Santos

**VULNERABILIDADE E PREVALÊNCIA DE HIV E SÍFILIS
EM USUÁRIOS DE DROGAS NO RECIFE:
resultados de um estudo *respondent-driven sampling***

Recife
2013

Naíde Teodósio Valois Santos

Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife:
resultados de um estudo *respondent-driven sampling*

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para
obtenção do grau de doutor em ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria de Brito

Recife

2013

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S237v Santos, Naíde Teodósio Valois.
Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife: resultados de um estudo respondent-driven sampling / Naíde Teodósio Valois Santos. - Recife: s.n, 2013.
145 p. : ilus., tab., 30 cm.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Ana Maria de Brito.

1. Usuários de drogas. Drogas ilícitas. Cocaína Crack. Soroprevalência de HIV. Sorodiagnóstico da Sífilis. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Distribuição espacial. I. Brito, Ana Maria de. ths. II. Título. III. Título.

CDU 343.976

NAÍDE TEODÓSIO VALOIS SANTOS

Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife:
resultados de um estudo *respondent-driven samplin*

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para
obtenção do grau de doutor em ciências.

Aprovada em 15 de outubro de 2013

BANCA EXAMINADORA

Ana Maria de Brito (Orientadora)

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Profa. Dra. Solange Aparecida Nappo

Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Roberta Salazar Uchôa

Centro de Ciências Sociais Aplicadas/Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Ana Lúcia Ribeiro Vasconcelos

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

Prof. Dr. Wayner Vieira Souza

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

A meus filhos Mariá e Mateus, o amor de vocês ilumina minha vida.

A meu amado Evaldo, pelo carinho, companheirismo e alegria de viver.

A meus pais Marta e Dionizio, irmãos Marion e Eduardo, e avós Naíde e Bianor (*in memoriam*), querida família, cujos valores éticos e políticos guiam minha vida e me fortalecem sempre.

AGRADECIMENTOS

A Ana Brito, minha orientadora, pelos valiosos ensinamentos e pelo convite para participar do Projeto *Onda da Saúde* no Recife;

A Francisco Inácio Bastos, coordenador nacional do Projeto *Onda da Saúde* e da Pesquisa Nacional sobre o *Perfil dos Usuários de Crack*, pelo apoio à realização deste estudo;

A Rosa Maria Salani Mota, professora de estatística da Universidade Federal do Ceará, pelo apoio na preparação do banco de dados e análise estatística;

Aos Professores Wayner Vieira Souza, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, e Benedito Medrado, do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Pernambuco, pelas contribuições na qualificação do projeto de tese;

A Giselle Campozana, pesquisadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, pela leitura crítica e revisão da fase final da tese;

A Jessyka Barbosa, mestranda do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, pela ajuda na preparação do banco de dados;

Ao colega de trabalho José Constantino Silveira Junior e aos estagiários Albino Ferreira de França e Saulo Costa, do Laboratório de Métodos Quantitativos do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, pela colaboração na confecção dos mapas;

A Melissa Azevedo e Michele Tarquino (Gerência do Programa Mais Vida – Política Municipal de Redução de Danos no Consumo de Álcool e de outras Drogas da Secretaria de Saúde do Recife), pelo apoio na disponibilização do local para realização do Projeto *Onda da Saúde* no Recife;

A François Figueroa (Programa Estadual de DST/Aids da Secretaria de Saúde de Pernambuco), Acioli Neto (Coordenação de DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Recife), Mércia Guedes e Tânia Mossi (CTA-Recife), pelo apoio no treinamento da equipe do Projeto *Onda da Saúde* e disponibilização de preservativos, lubrificantes e kits para testagem rápida de sífilis;

A Natália Matsushita e Suzana Xavier (Gerência do Laboratório de Patologia Clínica do Hospital Agamenon Magalhães), pelo apoio nos procedimentos laboratoriais para o Projeto *Onda da Saúde*;

A Gerard Sauret (Gerência de Análises Criminais e Estatística da Secretaria de Defesa Social de Pernambuco) e Ryan Amorim (Núcleo de Gestão por Resultados da Secretaria de Defesa Social de Pernambuco), pela disponibilização das informações sobre os registros policiais;

A todos que apoiaram o desenvolvimento da Pesquisa Nacional sobre o *Perfil dos usuários de crack* no Recife: Rafael West e Catarina Medeiros (Coordenação da Rede de Atenção aos Usuários de Drogas e seus Familiares/Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos de Pernambuco); à Marcela Lucena, Leila Andrade e Flávio Campos Neto (Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Saúde de Pernambuco); Pollyanna Pimentel e Genivaldo Francisco (Programa Mais Vida/Política de Redução de Danos no Consumo de Álcool e de outras Drogas da Secretaria de Saúde do Recife); Gustavo Couto e Gerentes dos Distritos Sanitários do Recife (Secretaria de Saúde do Recife); Eduardo Granja e Gilberto Borges, o Gojoba (Secretaria de Especial de Políticas para Juventude); Edna Granja (Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC/Secretaria de Assistência Social do Recife); delegados Luiz Andrey Oliveira, Maria Helena Fázio, Maria Elizabeth Barreto e João Leandro Cavalcanti (Departamento de Narcotráficos da Polícia Civil de Pernambuco); Janaína Miranda e Regina Bressan (Departamento de Microbiologia do CPqAM);

A Lindinalva Menezes, secretária do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM, pela colaboração com a logística das pesquisas;

Agradecimentos especiais aos integrantes das equipes locais das pesquisas que embasaram este estudo:

Equipe do Projeto *Onda da Saúde/Recife*, em ordem alfabética: Alda Roberta, Ana Paula Portella, Evaldo Melo de Oliveira e Rossana Rameh de Albuquerque (pesquisa formativa); Alethéia Sampaio, Ana Lúcia Vasconcelos, Ana Marta Teodósio, Angélica Jucá, Arthur Lopes, Bruna da Costa Lima, Christopher Cavalcanti, Cynthia Chaves, Daniella Santos, Débora Delicato de Melo, Diogo Albuquerque, Fernanda Eskinazi, João Carlos de Oliveira, Kirte Teixeira, Manuela Oliveira, Márcio Soares, Maria Antonieta Medeiros, Maria Socorro Bastos, Nancy Janssen, Reginaldo Falcão, Ridelane Acioli, Rodrigo Müller, Semirames Vieira, Suzana Sobral, Taciana Oliveira, Thiago Leite (inquérito epidemiológico);

Equipe da Pesquisa Nacional sobre o *Perfil dos Usuários de Crack* – Região Metropolitana do Recife, em ordem alfabética: Ana Marta Teodósio, Anamaria Carneiro, André de Lima, Angélica Jucá, Antonio P. César da Silva, Carlos André Tavares, Cláudia Soares, Débora Delicato de Melo, Edna Granja, Fabiana Pimentel, Fabíola Barbosa Ramos, Flávia Figueroa, Flávio Campos Neto, Francisco Couto, Gilberto Borges (o Gojoba), José Arturo Escobar, Karla Figueroa, Khaled Azevedo, Lucila Barreto, Luigi dos Santos, Manoel Acioli Neto, Márcio Soares, Maria Lúcia Freire, Maristela Moraes, Robson Matos, Rossana Rameh de Albuquerque, Pollyanna Pimentel, Renata Almeida, Rodolfo Andrade, Suzana Sobral, Wagner Lira; e aos colaboradores Angélica Oliveira, Barbara Souza, Márcia França, Maria Socorro Bastos, Mirela Torres e Saint Clair Celestino.

SANTOS, Naíde Teodósio Valois. **Vulnerabilidade e prevalência de HIV e sífilis em usuários de drogas no Recife:** resultados de um estudo *respondent-driven sampling*. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

RESUMO

Introdução: Os usuários de drogas têm sido desproporcionalmente afetados pelo HIV, desempenhando papel relevante na epidemia de aids no Brasil. **Objetivos:** Analisar o perfil e indicadores de vulnerabilidade, prevalência e fatores associados à infecção pelo HIV em usuários de drogas do Recife recrutados pelo método *respondent-driven sampling* (RDS). **Materiais e métodos:** Estudo sociocomportamental e de soroprevalência, com base no critério da Organização Pan-americana de Saúde para definição de usuários de drogas de alto risco de adquirir/transmitir HIV. Foram feitas entrevista com auxílio de computador com áudio, e realizados testes rápidos para HIV e sífilis, além de VDRL. Bairros de moradia e de uso de drogas foram georreferenciados, os dados ponderados pelo estimador RDS II e os fatores associados avaliados pela odds ratio. **Resultados:** Foram recrutados 400 usuários de drogas, residentes em 48% dos bairros do Recife, distribuídos nas suas seis regiões político administrativas, e que faziam uso de drogas em 71% dos bairros. A maioria homens (71%), jovens, solteiros, com filhos e baixa condição socioeconômica, 22% em situação de rua. População estigmatizada e criminalizada, com frequente vivência de violência física e sexual. Usavam *crack* 96% dos usuários, pelo menos quatro dias por semana e consumiam múltiplas drogas. Metade iniciou há mais de seis anos o uso de drogas ilícitas, exceto maconha, antes dos 18 anos de idade, e não faz uso em locais públicos. Referiram trocar sexo por dinheiro ou drogas 27,5% dos homens e 58,6% das mulheres. Metade dos que foram a serviços de saúde, em decorrência de sintomas de DST, não receberam orientação quanto a medidas de prevenção. A cobertura de testagem para HIV foi de 39%, abaixo da verificada para os homens que fazem sexo com outros homens e mulheres profissionais do sexo. A prevalência de sífilis foi de 22,4% (IC95%: 16,2–30,3) e a de HIV de 5,4% (IC95%: 2,9–9,7), associada na análise univariada ao sexo feminino, estar casado, ter parceiro fixo, primeira relação sexual antes dos 15 anos, deixar de usar preservativo por conta do uso de álcool/outra droga, ter pelo menos um sintoma de DST, não ter curado o último episódio de DST e ser sífilis positivo. **Considerações Finais:** O método RDS mostrou-se apropriado para recrutamento de usuários de drogas no Recife. Foram verificadas elevadas taxas de sífilis e HIV, num contexto socialmente marginalizado e com desigualdades de gênero, desafios sociais e programáticos para a política de atenção aos usuários de drogas e de controle da epidemia de aids.

Palavras-chave: Usuários de drogas. Drogas ilícitas. Cocaína crack. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Soroprevalência de HIV. Sorodiagnóstico da Sífilis. Distribuição espacial. Respondent-driven sampling.

SANTOS, Naíde Teodósio Valois. **Vulnerability and prevalence of HIV and syphilis in drug users, Recife:** results of a respondent-driven sampling based study. 2013. Thesis (Doctorate in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

ABSTRACT

Background: Drug users have been disproportionately affected by HIV, playing an important role in the aids epidemic in Brazil. **Objectives:** To analyze the profile and vulnerability indicators, prevalence and factors associated with HIV infection of drug users in Recife recruited by the respondent-driven sampling (RDS) method. **Materials and methods:** A Social behavior and seroprevalence study, using respondent-driven sampling, based on the criterion of the Pan American Health Organization definition for drug users at high risk of acquiring/transmitting HIV. Interviews were recorded using computer audio, and HIV and syphilis rapid tests and VDRL were performed. Local housing and drug use were georeferenced, data were weighted according to RDS II estimator and associated factors assessed by the odds ratio. **Results:** A total of 400 drug users were recruited, residing in 48% of neighborhood of Recife distributed in its six political administrative regions, and used drugs in 71% of neighborhood. The majority were male (71%), young, single, with children and low socioeconomic status, with 22% living on the streets, suffering from stigma and criminalization, with frequent experience of physical and sexual violence. Approximately 96% used crack, at least four days a week and consuming multiple drugs. Half the sample began with illicit drugs, except marijuana, before reaching 18 years, have taken drugs for more than six years and do not taken drugs in public places. Exchanging sex for money or drugs was reported by 27.5% of men and 58.6% of women. Half of those who had sought health care for STD had not received guidance on prevention measures. Coverage of HIV testing was 39%, which is below that of other more vulnerable groups. The prevalence of syphilis was 22.4% (CI95%: 16.2 to 30.3) and HIV 5.4% (CI95%: 2.9 to 9.7), associated in the univariate analysis to female, being married, having a steady partner, first intercourse before reaching 15 years, cease using condoms because of the use of alcohol/other drug, have at least one symptom of STD, have not cured the last episode of STD and be positive syphilis. **Conclusions:** The RDS method proved suitable for recruiting drug users in Recife. High rates of syphilis and HIV were encountered in a socially marginalized context, with gender inequalities, providing social and programmatic challenges for policies towards drug users and controlling the aids epidemic.

Key-words: Drug Users. Street Drugs. Crack Cocaine. HIV Seroprevalence. Syphilis Serodiagnosis. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Residence Characteristics. Respondent-driven sampling

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Relação entre o uso de drogas e a transmissão do HIV.....	24
Figura 2 – Regiões político-administrativas (RPAs), microrregiões (MRs) e bairros da Cidade do Recife	34
Figura 3 – Fluxo de atendimento para coleta de dados. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	40
Figura 4 – Distribuição dos usuários de drogas recrutados pelo método <i>respondente-driven sampling</i> por cadeia de referência. Projeto <i>Onda da saúde</i> , Recife, 2009.	49
Figura 5 – Difusão espacial do recrutamento de usuários de drogas ilícitas pelo método <i>respondent-driven sampling</i> (RDS) por local de moradia, segundo ondas de recrutamento. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	51
Figura 6 – Distribuição dos usuários de drogas recrutados pelo método <i>respondent-driven sampling</i> , segundo bairro de moradia e onda de recrutamento. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009.....	53
Figura 7 – Distribuição dos usuários de drogas ilícitas recrutados pelo método <i>respondent-driven sampling</i> (RDS) e da população geral por região político-administrativa (RPA) de moradia. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	54
Figura 8 – Difusão espacial do recrutamento de usuários de drogas ilícitas pelo método <i>respondent-driven sampling</i> (RDS) por local de uso de drogas, segundo ondas de recrutamento. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	54
Figura 9 – Distribuição dos usuários de drogas recrutados pelo método <i>respondent-driven sampling</i> , segundo bairro onde usaram drogas e onda de recrutamento. Projeto “Onda da Saúde”, Recife, 2009.....	55
Figura 10 – Distribuição dos registros policiais de tráfico, posse ou uso de droga em 2009 ¹ e das cenas de uso de <i>crack</i> mapeadas para a <i>Pesquisa Nacional sobre o Perfil dos Usuários de Crack</i> no período de fevereiro a abril de 2011, segundo bairros do Recife.....	57
Figura 11 – Distribuição dos usuários de drogas ilícitas recrutados pelo método <i>respondent-driven sampling</i> (RDS) e dos registros policiais de uso, posse ou tráfico de drogas ¹ , segundo região político-administrativa do Recife (RPA).	57
Figura 12 – Distribuição dos usuários de <i>crack</i> recrutados pelo método <i>time-location sampling</i> , segundo bairros de recrutamento, de moradia e de uso de drogas. <i>Pesquisa Nacional sobre o Perfil do Usuário de Crack</i> , Recife, 2011/2012.....	58
Figura 13 – Distribuição dos resultados dos testes rápidos de sífilis nas redes de referência dos usuários de drogas recrutados pelo método <i>respondent-driven sampling</i> , segundo sexo. 70	
Figura 14 – Distribuição dos resultados dos testes rápidos de HIV nas redes de referência dos usuários de drogas recrutados pelo método <i>respondent-driven sampling</i> , segundo sexo. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	71

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos usuários de drogas recrutados pelo método <i>respondent-driven sampling</i> segundo características das sementes e das cadeias de referência. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009.....	48
Tabela 2 – Realização dos testes sorológicos na amostra recrutada. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009.....	50
Tabela 3 – Regiões político-administrativas (RPAs), microrregiões (MRs) e bairros segundo cadeia de referência. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009.....	51
Tabela 4 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características de mobilidade em relação à moradia e ao consumo de drogas. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009.....	59
Tabela 5 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características sociodemográficas. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	61
Tabela 6 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características relacionadas ao seu consumo. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009.....	62
Tabela 7 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características relacionadas ao estigma, discriminação, violência e criminalidade. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	64
Tabela 8 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características relacionadas ao conhecimento e fontes de informação sobre DST/aids e ao acesso a preservativos. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	65
Tabela 9 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características relacionadas ao seu comportamento e práticas sexuais. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	66
Tabela 10 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características relacionadas a antecedentes e tratamento de DST. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009.....	68
Tabela 11 – Distribuição dos usuários de drogas segundo testagens para HIV e sífilis. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	69
Tabela 12 – Análise univariada da associação entre as variáveis de estudo e a prevalência de HIV. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CET	Centro de Entrevista e Testagem
CODAR	Usuários de drogas com alto risco de adquirir ou transmitir HIV e outras DST (do espanhol <i>Consumidores de Drogas con Alto Riesgo de adquirir o transmitir el VIH y otras ITSS</i>)
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da imunodeficiência humana (do inglês <i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
InfoPol	Sistema de Informações Policiais
LENAD	Levantamento Nacional sobre o Uso de álcool e Drogas
MR	Microrregião
PCAP	Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na população brasileira
PM	Polícia Militar
RDS	Amostragem conduzida pelos entrevistados (do inglês <i>Respondent-driven sampling</i>)
RDSat	Ferramenta de análise da amostragem conduzida pelo entrevistado (do inglês <i>Respondent-driven sampling Analysis Tool</i>)
RPA	Região Político Administrativa
SDS	Secretaria de Desenvolvimento Social
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TLS	Amostragem local-tempo (do inglês <i>Time-location sampling</i>)
UDI	Usuários de Drogas Injetáveis
UDNI	Usuários de Drogas Não-Injetáveis
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (do inglês <i>United Nations General Assembly Special Session</i>)
VDRL	Teste não-treponêmico para detecção de sífilis (do inglês <i>Venereal Disease Research Laboratory</i>)
ZEIS	Zonas Especiais de Interesse Social

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	Epidemia de HIV/aids e populações vulneráveis	18
2.2	Epidemia de HIV/aids e uso de drogas	22
3	OBJETIVOS	30
3.1	Objetivo Geral.....	30
3.2	Objetivos Específicos	30
4	MATERIAIS E MÉTODOS	32
4.1	Desenho do estudo.....	32
4.2	Área de abrangência.....	34
4.3	População de estudo	35
4.4	Tamanho e desenho da amostra	36
4.5	Instrumentos e fontes de coleta de dados	37
4.6	Variáveis do estudo.....	41
4.7	Plano de análise.....	41
4.7.1	Distribuição espacial da amostra	41
4.7.2	Ponderação dos dados.....	43
4.7.3	Análise dos fatores associados à infecção pelo HIV	45
4.8	Considerações Éticas	45
5	RESULTADOS	48
5.1	Distribuição e mobilidade espacial da amostra.....	50
5.2	Caracterização dos usuários de drogas ilícitas	60
5.3	Fatores associados à infecção pelo HIV	71
6	DISCUSSÃO	76
6.1	Desempenho do recrutamento e distribuição espacial da amostra.....	76
6.2	Características dos usuários de drogas ilícitas.....	81
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	100

Apêndice A - Roteiros de entrevistas da pesquisa formativa	112
Apêndice B - Quadro: variáveis de estudo	113
Apêndice C - Quadro: distribuição por bairro da amostra, população residente, registros policiais e cenas de uso de crack.....	116
Apêndice D - Mapa: distribuição da amostra segundo outros municípios de Pernambuco onde consumiram drogas.....	118
Apêndice E - Mapa: distribuição da amostra segundo estados onde consumiu drogas	119
Apêndice F - Tabelas: Violência sexual, troca de sexo, sífilis e HIV segundo sexo.....	120
Apêndice G - Mapas: bairros do Recife segundo escolaridade, renda e população residente em Zonas Especiais de Interesse Social.....	121
Anexo A - Cupom. Projeto <i>Onda da Saúde</i> . Recife, 2009.....	122
Anexo B - Questionário de Elegibilidade. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , 2009	123
Anexo C - TCLE: Entrevista. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	125
Anexo D - Questionário Sociocomportamental. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , 2009	128
Anexo E - Algoritmo do Teste Rápido para HIV	142
Anexo F - TCLE: BED& Genotipagem. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009.....	144
Anexo G - Questionário de seguimento dos convites. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , 2009	146
Anexo H - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz. Projeto <i>Onda da Saúde</i> , 2009	148
Anexo I - Carta de Anuência. Secretaria de Saúde do Recife . Projeto <i>Onda da Saúde</i> , Recife, 2009	149
Anexo J - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/Fiocruz. <i>Pesquisa Nacional Perfil dos Usuários de Crack nas 26 capitais, Distrito Federal e 9 Regiões Metropolitanas</i> , 2011-2013.....	150
Anexo K - Carta de Anuência - Uso de bancos de dados	151

1 INTRODUÇÃO

A epidemia da infecção pelo HIV e aids no Brasil teve início nos primeiros anos da década de 1980, e nesses 30 anos vem se caracterizando como uma epidemia concentrada, com taxa de prevalência viral em níveis menores do que 1% na população geral (0,4%, sendo 0,3% entre as mulheres e 0,5% entre os homens), e próximo ou maior do que 5% em subgrupos populacionais reconhecidos como de maior vulnerabilidade ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) – entre eles os homens que fazem sexo com outros homens (HSH), as mulheres trabalhadoras do sexo e os usuários de drogas ilícitas (BRASIL, 2012a; SZWARCOWALD; SOUZA Jr, 2006).

Segundo Ayres (2009), o conceito de vulnerabilidade pode favorecer a ampliação do conhecimento das associações que a epidemiologia estabelece nos estudos de risco, ao buscar compreender como indivíduos e seus grupos se expõem a dado agravo à saúde, a partir de três dimensões analíticas da realidade: individual, que diz respeito a aspectos biológicos, comportamentais e afetivos, que implicam em exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; social, características próprias a contextos e relações socialmente configuradas; e, programática, relacionada ao modo e ao sentido em que as tecnologias (políticas, programas, serviços, ações), já operantes nestes contextos, interferem sobre a situação.

Entender a vulnerabilidade ao vírus da aids requer compreender aspectos relacionados à orientação e comportamentos sexuais, gênero, raça, renda, escolaridade, faixa etária, consumo de drogas, acesso a ações e serviços de saúde, além de fatores políticos e econômicos que determinam as desigualdades que marcam nossa sociedade (GUERRIERO; AYRES; HEARST, 2002; LOPES; BUCHALLA; AYRES, 2007; SILVA; D'OLIVEIRA; MESQUITA, 2007). Compreender a situação de maior vulnerabilidade de pessoas usuárias de drogas, grupo de interesse do presente estudo, requer observar questões como a cultura de uso de drogas, estigma, discriminação, criminalidade e violência (AHERN; STUBER; GALEA, 2007; NAPPO et al., 2004; PULERWITZ et al., 2008; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES, 2010).

Considerando a dimensão continental do Brasil e sua heterogeneidade cultural e social, que abriga diversas subepidemias (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001), a investigação de características regionais que permitam melhor compreender a vulnerabilidade ao HIV/aids nos seus diferentes contextos, e o estabelecimento de indicadores locais para o monitoramento

da infecção, são importantes ferramentas para o planejamento e avaliação de ações de prevenção e controle da epidemia, e melhoria da situação de saúde de populações mais acometidas.

O presente estudo pretende contribuir com o conhecimento sobre características da população usuária de drogas do Recife, observando aspectos relacionados à sua vulnerabilidade a infecções de transmissão sexual, como o HIV e a sífilis; e estimar indicadores que possam subsidiar a vigilância local destas doenças. Toma-se ainda como objeto de análise o desempenho no Recife de metodologia específica para amostragem probabilística de indivíduos em situação de marginalidade e invisibilidade social, a exemplo dos usuários de drogas, considerados como população de *difícil acesso* ou *oculta* para o desenvolvimento de estudos epidemiológicos.

O estudo será apresentado no formato de tese tradicional, estruturada em seis capítulos. No **primeiro** é feita a delimitação dos objetos, sendo discutido o papel das populações em situação de maior vulnerabilidade na dinâmica da epidemia de HIV/aids; aspectos relacionados ao monitoramento da infecção pelo HIV nestas populações; e o uso de drogas e a vulnerabilidade ao HIV e outras DST.

Os objetivos do estudo compõem o **capítulo dois** e os materiais e métodos empregados o **capítulo três**, no qual é descrita a utilização de dados integrantes da Pesquisa *Taxas de prevalência de HIV e sífilis e inventário de conhecimentos, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros*¹ – Projeto *Onda da Saúde*, financiada por acordo de cooperação entre o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais, o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (BASTOS, 2008a); e da Pesquisa Nacional *Perfil dos Usuários de Crack nas 26 capitais, Distrito Federal e 9 Regiões Metropolitanas*, financiada pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2010a). As Pesquisas tiveram a coordenação geral de Francisco Inácio Bastos, do Centro de Informação Científica e Tecnológica/Fiocruz-RJ, e foram desenvolvidas no Recife pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz-PE, sob a coordenação local da autora e orientadora da tese.

No **capítulo quatro** são apresentados os resultados em três subseções: a primeira aborda o desempenho geográfico do recrutamento de usuários de drogas ilícitas no Recife pelo método

¹ Recife, Salvador, Manaus, Campo Grande, Brasília, Curitiba, Itajaí, Santos, Belo Horizonte e Rio de Janeiro.

respondent-driven sampling (4.1); a segunda, as características da população de estudo (4.2); e a terceira, a análise estatística dos fatores associados à infecção pelo HIV (4.3). A fim de observar a distribuição e mobilidade espacial e características individuais, sociais e programáticas relacionadas à vulnerabilidade dos usuários de drogas, as variáveis de estudo foram organizadas em oito grupos: a) Distribuição e mobilidade espacial; b) Características sociodemográficas; c) Uso de drogas; d) Discriminação, criminalidade e violência; e) Conhecimento e fontes de informação sobre HIV e acesso a preservativos; f) Comportamento sexual; g) Antecedentes e tratamento de DST; h) Testagem para HIV e sífilis.

A discussão acerca dos achados do estudo é apresentada no **quinto capítulo**, subdividido em duas seções: a primeira (5.1) aborda o desempenho do recrutamento de usuários de drogas ilícitas no Recife com o método RDS e a distribuição espacial da amostra; e a segunda subseção (5.2) apresenta características do perfil da população de estudo, com enfoque em sua vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras DST. Na última seção, **capítulo seis**, são tecidas as considerações finais. Para divulgação do estudo serão elaborados dois artigos principais, seguindo os temas abordados nas subseções 5.1 e 5.2. O artigo 1, intitulado “Usuários de drogas ilícitas no Nordeste do Brasil: distribuição espacial de amostras recrutadas pelos métodos respondent-driven sampling e time-location sampling na Cidade do Recife” foi submetido para publicação em revista científica e segue em anexo no final da tese.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Epidemia de HIV/aids e populações vulneráveis

Na primeira metade da década de 1980, a principal categoria de exposição dos casos de aids no Brasil eram as relações sexuais entre homens (54,6%), seguida pelo uso de drogas injetáveis, principalmente por homens (15,8%), sendo as mulheres responsáveis por 10% do total de casos (BARBOSA Jr. et al., 2009).

A epidemia de aids entre usuários de drogas injetáveis (UDI) era especialmente observada em cidades ao longo da rota do tráfico de drogas, do lado oeste do País para as cidades portuárias no Sudeste e Sul (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001), chegando a representar 26,6% dos casos novos de aids no final da década de 1980 e início dos anos 90, cerca de um terço (32,6%) após análise discriminante e reclassificação dos casos com categoria de exposição ignorada (BARBOSA Jr. et al., 2009).

Após trinta anos, observam-se mudanças importantes nas categorias de exposição dos casos novos de aids em indivíduos com 13 anos ou mais. Dados referentes ao ano de 2011 apontam para a redução da proporção de HSH e UDI entre os casos novos de aids, 21,1% e 3,9%, respectivamente, e o aumento da presença de heterossexuais e mulheres, 58,3% e 34,6%, respectivamente (BRASIL, 2012b). Além da heterossexualização e feminização, atualmente a epidemia de HIV/aids no Brasil caracteriza-se pelos processos de interiorização, pauperização e juvenização (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001). Por outro lado, as prevalências da infecção pelo HIV permanecem mais elevadas nos grandes centros urbanos e em populações em situação de maior vulnerabilidade, como os HSH, mulheres trabalhadoras do sexo e usuários de drogas (BRASIL, 2012b).

A classificação da epidemia de HIV/aids em concentrada, de baixa intensidade e generalizada foi recomendada pela Organização Mundial da Saúde e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS), a fim de orientar a descentralização das ações de vigilância diante da heterogeneidade observada nos padrões epidêmicos inter e intra regiões e países. Nas epidemias ditas concentradas, a disseminação do HIV é baixa na população geral, com taxas de prevalência menores do que 1%, e elevada em alguns subgrupos populacionais, que apresentam taxas de prevalência em torno ou maiores do que 5%. Nas de baixa intensidade, embora ocorra maior concentração entre indivíduos com comportamentos considerados como de alto risco para infecção pelo HIV, a prevalência não alcança um grau

significativo (5% ou mais) em nenhum grupo específico da população. Nas epidemias generalizadas, a prevalência da infecção pelo HIV encontra-se acima de 1% na população geral, cujas redes de interações sexuais são suficientes para manter uma epidemia independente daquelas das subpopulações de risco acrescido (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

De acordo com relatório da UNAIDS (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009), dos 135 países com informações disponíveis, 97 (72%) apresentam epidemia concentrada. Na América Latina, onde a maioria dos países apresenta epidemia de baixa intensidade ou concentrada, os HSH apresentam as maiores taxas de prevalência (BARAL et al., 2007; VAN GRIENSVEN et al., 2009), seguidos pelos UDI e trabalhadores do sexo e seus clientes (BASTOS et al., 2008b).

Nas epidemias concentradas, a disseminação do HIV na população geral é direcionada pela natureza e intensidade das interações com grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade (GRASSLY; GARNETT, 2005; SPIRE; DE ZOYS; HIMMICH, 2008). Intervenções direcionadas a estes grupos, geralmente de pequena extensão em relação à população geral, mas de forte interconectividade e com taxas elevadas de diferentes DST, podem também reduzir significativamente a incidência de HIV na população geral (BOILY, LOWNDES; ALARY, 2002).

Considerando a importância desta dinâmica no panorama global da epidemia de HIV/aids e visando sua desaceleração, a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) sobre HIV/Aids reformulou em 2005 o conjunto de indicadores acordados para o acompanhamento do progresso da Declaração de Compromisso sobre HIV e aids, enfatizando particularmente os indicadores empregados na vigilância da epidemia nos grupos onde há uma maior concentração da infecção. Chamada de vigilância de segunda geração, é direcionada para o conhecimento sobre o comportamento relacionado à infecção e à prevalência de HIV e de outras DST (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2005); que aumentam o risco de infecção por facilitar a entrada do HIV no organismo através de lesões, chegando a elevar o risco em 10 vezes no caso de sífilis, 18 vezes na presença de úlceras genitais (BRASIL, 2011a).

Contudo, para a realização do monitoramento para vigilância de segunda geração é necessário desenvolver estudos com amostras probabilísticas de subgrupos populacionais como os HSH, mulheres trabalhadoras do sexo e usuários de drogas ilícitas, denominados de populações

ocultas ou de *difícil acesso*, pois normalmente são de pequena proporção em relação à população geral, não possuem um registro ou cadastro atualizados e, por conta da marginalização e estigma, preferem não revelar seu comportamento. O caso dos usuários de drogas é ainda mais emblemático, devido o uso de substâncias consideradas ilícitas, passível de punição legal (HECKARTHORN, 1997; MAGNANI et al, 2005).

Assim, o desconhecimento do tamanho e características destes grupos torna técnica e eticamente complexa a definição de uma base amostral probabilística clássica para o desenvolvimento de estudos que possam monitorar a epidemia de HIV/aids e subsidiar e avaliar intervenções, além de requerer elevados custos para execução de inquéritos domiciliares. Tradicionalmente, se tem optado por métodos de amostragem que produzem vieses estatísticos, como a amostragem bola de neve, na qual os participantes vão indicando livremente seus conhecidos para serem entrevistados; e a de conveniência, que no caso dos usuários de drogas normalmente recrutam indivíduos em serviços de tratamento para dependência (DUNN; FERRI, 1999).

Entretanto, tais métodos não são representativos da população de estudo, uma vez que não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na amostra, limitando a generalização de seus resultados, principalmente pelo viés de seleção (DUNN; FERRI, 1999; HECKATHORN, 1997; MAGNANI et al., 2005). Deste modo, o desafio principal para a vigilância de segunda geração é obter amostras representativas das populações mais vulneráveis, que permitam acompanhar ao longo do tempo as taxas de prevalência de HIV e de outras DST, bem como atitudes, práticas e comportamentos de risco e/ou de proteção em relação à infecção (SCHWARTLANDER et al., 2001).

Nesta direção, a partir da segunda metade da década de 1990, novos métodos foram propostos para coleta e análise estatística de dados de populações de *difícil acesso* que permitem generalizações de seus achados, aproximando-se de estudos com amostras probabilísticas clássicas, em especial o RDS e o *time-location sampling* (TLS), que vêm sendo utilizados em diversos países e continentes no monitoramento da epidemia de HIV/aids (MAGANI et al., 2005).

Considerando que as populações de *difícil acesso* tendem a se reunir em locais específicos, o método TLS (amostragem espaço-tempo) utiliza técnicas tradicionais de mapeamento etnográfico e tratamento estatístico para amostras aleatórias por conglomerados. Busca-se identificar exaustivamente os locais onde grupos da população de estudo possam ser

encontrados, construindo uma lista de unidades primárias de seleção “local-dia-hora”, chamadas de VDT (*venue-day-time*). Posteriormente, as VDTs são aleatoriamente selecionadas, como base para seleção também aleatória de membros da população de interesse (RAYMOND et al., 2010; STUEVE et al., 2001).

O método RDS (amostragem conduzida pelo entrevistado) foi utilizado pela primeira vez em 1996 para estudar comportamentos de risco relacionados com o HIV entre UDI nos Estados Unidos, e tem sido sistematicamente empregado na vigilância do HIV/aids pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças – CDC. A partir de 2003, o RDS começou a ser utilizado no cenário internacional para coletar dados biológicos e comportamentais relacionados à infecção pelo HIV em populações de *difícil acesso* (MALEKINEJAD et al., 2008). Na América latina, entre 2005 e 2011, 87 estudos foram realizados em 15 países, a maioria sendo os primeiros a coletar dados e usar amostra probabilística de HSH, profissionais do sexo e usuários de drogas (MONTEALEGRE et al., 2013).

Os procedimentos para coleta e tratamento estatístico dos dados coletados pelo método RDS vêm sendo desenvolvidos ao longo dos anos (HECKATHORN, 1997; 2002; SALGANIK; HECKATHORN, 2004; SZWARCOWALD, et al., 2011; SALGANIK, 2012; VOLZ; HECKATHORN, 2008; WEJNERT, 2009) e apesar de não ser consenso na literatura sua aplicação em diferentes realidades sociais e demográficas, bem como suas formas de obtenção da variância e dos intervalos de confiança, na impossibilidade de realizar uma amostragem aleatória tradicional, o método RDS tem sido considerado como uma boa alternativa para coletar dados e calcular estimativas aproximadas, substituindo amostras por conveniência ou bola de neve (ALBUQUERQUE, 2009; GOEL; SALGANIK, 2010; MAGNANI et al., 2005).

No Brasil, o monitoramento da epidemia na população geral vem sendo realizado com importantes estudos para estimar a prevalência do HIV e observar comportamentos sexuais e situações de risco, entre eles os Sentinela-Parturiente, o estudo com conscritos do Exército Brasileiro e as Pesquisas de Conhecimentos, Atitudes e Práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis na população brasileira de 15 a 64 anos – PCAP (BRASIL, 2010b).

Contudo, tais pesquisas têm capacidade limitada de acessar populações particularmente vulneráveis, estigmatizadas e criminalizadas. Por outro lado, Bastos et al. (2008a) chama atenção que no campo do abuso de drogas, grandes inquéritos domiciliares vêm sendo realizados no Brasil, mas não contemplam questões relativas à infecção pelo HIV, nem

testagens com amostras biológicas para detecção de infecções (CARLINI et al., 2002; 2006; INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012).

Visando a vigilância da epidemia nas populações mais vulneráveis ao HIV, o Ministério da Saúde promoveu em 2006 a transferência dos métodos RDS e TLS para o desenvolvimento de estudos no País (BARBOSA Jr. et al., 2011; BRASIL, 2010b), cenário no qual está inserido o Projeto *Onda da Saúde* que utilizou o RDS; bem como a *Pesquisa Nacional sobre o Perfil dos Usuários de Crack*, desenvolvida com o TLS, que abrange a realização de inquérito comportamental e sorológico sobre a infecção pelo HIV.

Apesar de diversos estudos abordarem o tratamento dos dados coletados pelo RDS, poucos analisam seu desempenho em diferentes contextos geográficos e sociais (SALGANIK, 2012), ainda que esteja sendo utilizado em diferentes países e continentes (MALEKINEJAD et al., 2008; MONTEALEGRE et al, 2013).

Alguns estudos norte-americanos analisaram o recrutamento de usuários de drogas em Nova York (ABDUL-QUADER et al., 2006) e São Francisco (KRAL et al., 2010), avaliando o método como adequado para esta população, sendo sugerido por Kral et al. (2010) um plano amostral híbrido. Diferentemente, Burt et al. (2010) verificaram que o recrutamento não acessou o universo de redes dos usuários da área metropolitana de Seattle, havendo concentração da amostra em uma região. Estes autores sugerem que outros dados empíricos sejam utilizados na avaliação do recrutamento e, que em grandes áreas urbanas, sejam ampliadas as amostras e a dispersão dos locais de entrevista.

Toledo et al. (2011) analisaram o desempenho do recrutamento dos usuários de drogas no Rio de Janeiro no Projeto *Onda da Saúde*, verificando elevada heterogeneidade na distribuição da amostra, com concentração em áreas próximas ao local do estudo, e ausência de importantes regiões do cenário local do uso de drogas. Apontam como barreiras para difusão do recrutamento os conflitos ligados ao tráfico e o tamanho da amostra em relação à população e área territorial.

2.2 Epidemia de HIV/aids e uso de drogas

Desde o início da epidemia de HIV/aids o uso de drogas tem sido reconhecido como um importante determinante de sua dinâmica (ACEIJAS et al., 2004), sendo inicialmente sua

influência conferida essencialmente à transmissão do HIV por via sanguínea, pelo compartilhamento de agulhas e seringas contaminadas, pela transmissão sexual de UDI infectados para seus parceiros sexuais imediatos, e para sua prole (HACKER; BASTOS, 2003; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES, 2005).

Atualmente, o impacto do uso de drogas na epidemia tem sido especialmente atribuído a comportamentos sexuais de risco, tanto entre UDI como entre usuários de drogas não-injetáveis (UDNI) (BASTOS, FATIMA DE PINA; SZWARCOWALD, 2002; BOOTH; KWIATKOWSKI; CHITWOOD, 2000; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES, 2005). Outra mudança foi a percepção do alcance da propagação do HIV a partir de usuários de drogas infectados, que passam a ser considerados como uma “população-ponte” para a população geral, pelo estabelecimento de redes sexuais (HACKER et al., 2006; TOUSSOVA et al., 2009).

O uso de drogas relaciona-se com a transmissão sanguínea do HIV, pelo compartilhamento de equipamentos e soluções para injeção; com a transmissão vertical por mães usuárias de drogas ou parceiras de usuários de drogas infectadas; e com a transmissão sexual, pela maior frequência de práticas sexuais desprotegidas; potencializada pela comercialização do sexo para obtenção da droga e pelas lesões na boca e lábios pelo uso de cachimbos improvisados para fumar *crack* (BASEMAN, ROSS; WILLIAMS, 1999; NAPPO et al., 2004; WALLACE et al., 1997). Estudos também têm identificado o risco do uso intranasal, pelas lesões na mucosa e compartilhamento de equipamentos (canudos), que pode levar ao contato com fluidos corporais contaminados (MACÍAS et al., 2008; OSIMANI et al., 2005; TORTU et al., 2004).

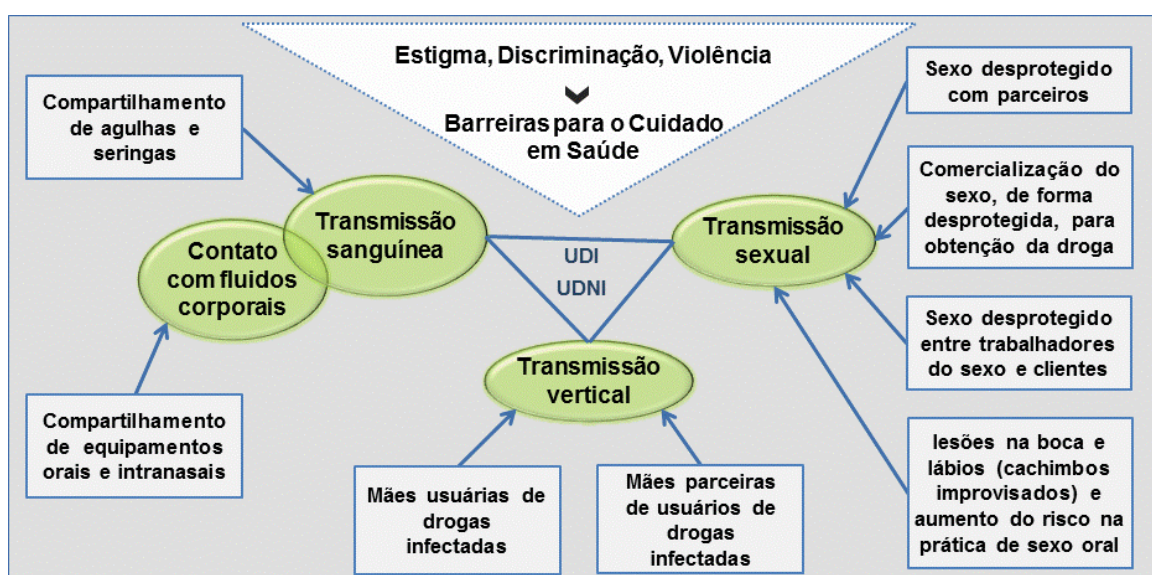
O uso de drogas tem sido apontado como fator de risco independente para o HIV entre outras populações com maiores taxas de prevalência do vírus, como as mulheres profissionais do sexo (SZWARCOWALD et al., 1998) e os HSH (DE SOUZA et al., 2002); assim como seu efeito modulador sobre a prática sexual também tem sido evidenciado em estudos na população geral, associado a uma maior frequência de práticas desprotegidas (BERTONI et al., 2009; WEISER et al., 2006). Bastos, Cunha e Bertoni (2008), em estudo sobre o uso de substâncias psicoativas e métodos contraceptivos na população urbana brasileira, verificaram a redução na frequência do uso de preservativo em relações sexuais estáveis com o consumo de álcool e de drogas ilícitas, passando de 63,7% para 45,6% entre homens de 16 a 24, e de 25,1% para 17,1% na faixa etária de 25 a 44 anos.

Outra dimensão envolvida na maior vulnerabilidade de usuários de drogas é a marginalização social. O estigma e a discriminação podem afetar negativamente sua saúde física e mental e, por outro lado, representar barreiras para o cuidado em saúde, tanto pela menor percepção e verbalização de problemas, como pela menor procura por serviços, devido ao medo de discriminação por parte dos profissionais de saúde e de ter problemas com as autoridades (AHERN; STUBER; GALEA, 2007; UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES, 2009).

A violência verbal, física e sexual vivenciada frequentemente pelos usuários de drogas em seu cotidiano, envolvendo outros usuários, traficantes, cafetões, policiais e parceiros sexuais, e sua maior vulnerabilidade ao HIV e outras DST, também têm sido abordadas pela literatura, a exemplo de De Carvalho e Seibel (2009), Malta et al. (2008) e Romero-Daza, Weeks e Singer (2003). Por outro lado, o abuso sexual tem sido identificado como fator de risco para o uso de drogas e consumo regular de álcool na população brasileira (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008). Pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID com mulheres usuárias de *crack* de São Paulo, identificou que 17% haviam vivenciado sua primeira experiência sexual sofrendo estupro (NAPPO et al., 2004).

A tentativa de sistematização da relação entre o uso de álcool e outras drogas e a transmissão do HIV é apresentada na figura 1.

Figura 1 – Relação entre o uso de drogas e a transmissão do HIV



Fonte: a autora.

Estima-se mundialmente, para os anos de 2009 e 2010, que uma em cada vinte pessoas entre 15 e 64 anos (5%) usaram drogas ilícitas pelo menos uma vez no último ano, que o fazem de forma regular (pelo menos uma vez ao mês) uma em cada quarenta pessoas (2,5%), e de forma problemática uma em cada cento e sessenta pessoas (0,6%). A prevalência do uso de drogas injetáveis é estimada em aproximadamente de 0,3% da população mundial (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES, 2012, 2013).

No Brasil foram realizados alguns estudos de abrangência nacional para estimar a população usuária de drogas, que utilizaram diferentes métodos, populações de estudo (quanto a faixa etária e características dos municípios), e parâmetros para determinar o uso de drogas (na vida, no último ano, no último mês e uso regular).

Levantamento domiciliar realizado no mesmo ano em centros urbanos com mais de 200 mil habitantes, na população de 12 a 65 anos, identificou prevalências mais elevadas tanto de uso de drogas ilícitas na vida (22,8%), como no último ano (10,3%) e no último mês (4,5%) (CARLINI et al., 2006). O uso de cocaína em pó na vida foi estimado em 2,9% e o de *crack* e merla em 0,9%. Em 2012, o II Levantamento Nacional sobre o uso de Álcool e outras Drogas (II LENAD) estimou em 4% o percentual de uso de cocaína na vida e em 2% de uso no último ano, e para o *crack* 1,4% de uso na vida e 1% no último ano (INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012).

Além do aumento do consumo, também há o registro do aumento das apreensões de cocaína em pó e de *crack* no Brasil (BRASIL, 2009), ao mesmo tempo em que tais estimativas mostram tendência de declínio nos continentes norte e sul-americanos, podendo indicar um redirecionamento do tráfico para o Brasil (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES 2012).

No ano de 2012 foi ainda realizado inquérito domiciliar utilizando o método *network scale-up*, que de forma indireta, a partir de dados coletados sobre a rede social do entrevistado, estima o tamanho de populações consideradas de *difícil acesso* (BASTOS; BERTONI, 2013b). Nas capitais do Brasil o estudo mostrou que 2,3% da população fazia uso regular de drogas ilícitas (pelo menos 25 dias nos últimos seis meses), com exceção da maconha, e que 0,8% fazia uso regular de *crack*. Para as capitais do Nordeste foi constatada a segunda maior prevalência de uso de drogas ilícitas, em torno de 3%, e a maior de uso de *crack*, em torno de 1,3%, que representa 43% dos usuários de drogas ilícitas nesta Região.

Quanto à prevalência de HIV entre os usuários de drogas, estimativas globais disponíveis para a infecção entre os UDI assinalam prevalência de 11,5% (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES, 2013). Revisões sistemáticas anteriores observaram taxas acima de 20% em alguns países, incluindo o Brasil (ACEIJAS et al., 2004; MATHERS et al., 2008). No final da década de 1990, foram estimadas taxas de 25% no Rio de Janeiro (TELLES et al., 1997) e de 50 a 60% em Santos (DE CARVALHO et al., 1996). Mais recentemente, observa-se declínio do número de usuários de drogas injetáveis no País, assim como a prevalência de HIV nesta população, em especial na Região Sudeste, o mesmo não sendo observado no Sul do País (BASTOS; FATIMA DE PINA; SZWARCOWALD, 2002; HACKER et al., 2006).

Em revisão sistemática com meta-análise de 29 estudos brasileiros com amostras de conveniência de UDI e UDNI, em sua grande maioria do Sul e Sudeste (Porto Alegre, São Paulo e Rio de Janeiro), Malta et al. (2010) encontrou prevalência combinada de HIV de 23,1%. Considerando apenas os estudos após a introdução da terapia HAART (*highly active antiretroviral therapy*), a prevalência encontrada entre os usuários de drogas foi de 17,8%.

Os estudos que empregaram o método RDS em dez cidades brasileiras estimaram taxas de prevalência de HIV de 12,6% entre os HSH, de 5,9% entre os usuários de drogas ilícitas e de 4,9% entre as mulheres trabalhadoras do sexo (BRASIL, 2010b), ratificando a concentração da epidemia de HIV nestes grupos e estabelecendo linhas de base para a vigilância de segunda geração.

A mesma prevalência de HIV estimada entre usuários de drogas ilícitas no Projeto *Onda da Saúde* (Bastos et al., 2010), foi verificada na Pesquisa sobre o *Perfil do Usuário de Crack* nas capitais brasileiras (5,9%) (BASTOS; BERTONI 2013a), sendo baixa a proporção de uso de drogas injetáveis observada nos dois estudos (12% e 9%, respectivamente).

Assim como a infecção pelo HIV, estimada em 0,4% para a população geral (BRASIL, 2012a), a prevalência de sífilis neste grupo é pelo menos quatro vezes maior (7,2%). Entre as gestantes, Szwarcwald e Souza Jr. (2006) encontraram prevalência de 1,6%, e entre os conscritos das forças armadas foi verificada taxa de 0,5% (BRASIL, 2010c). Estudo realizado em seis capitais brasileiras encontrou prevalências mais elevadas entre as gestantes (2,6%) e nos homens trabalhadores de indústrias (1,9%) (BRASIL, 2008), mas abaixo do verificado entre os usuários de drogas ilícitas.

Desde meados da década de 1980, estudos norte-americanos associam o surgimento de epidemias de sífilis ao uso de *crack* (GREENBERG et al., 1991; MARTIN; DICARLO, 1993;

MARX, et al., 1991). Maior prevalência de sífilis entre usuários de drogas de países de baixa e média renda também foi encontrada em trabalho de revisão de literatura realizado por Coffin (2010), que identificou prevalência média de sífilis na vida de 11,1%, sendo 4% entre os homens e de 19,9% entre as mulheres. A comercialização do sexo pelas mulheres como meio de conseguir a droga, é apontado como possível explicação para a maior associação da sífilis com o sexo feminino.

A associação entre uso de cocaína em pó e *crack* e infecção pelo HIV e outras DST, tem sido investigada por diversos estudos internacionais e nacionais, que apontam para elevada frequência de parcerias sexuais, de relações sexuais desprotegidas e de comercialização do sexo para obtenção da droga, bem como identificam elevadas taxas de HIV e de outras DST na população usuária destas drogas. Archibald et al. (2003, *apud* UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES, 2005) observaram entre usuários de *crack* norte-americanos, frequência de troca de sexo por drogas ou dinheiro cinco vezes maior do que a observada entre usuários de outras drogas.

Comparando usuárias de *crack* que trocaram sexo por drogas e as que não referiram tal atividade, Logan e Leukefel (2000) identificaram entre as primeiras maior frequência de antecedentes de DST e número mensal de parceiros sexuais 13 vezes maior. Em estudo com cerca de 27 mil usuários de *crack* e UDI de 22 cidades norte-americanas, o relato de relação sexual desprotegida no mês anterior foi feito por mais de 80% dos entrevistados (BOOTH; KWIATKOWSKI; CHITWOOD, 2000).

No Brasil, Telles et al. (1997) constataram entre UDI no Rio de Janeiro, que 77,7% lavavam a seringa usada por outra pessoa antes de reutilizá-la, mas apenas 12,5% referiam usar preservativo nas relações sexuais. A alta frequência da prática de sexo desprotegido entre os UDI também pode ser verificada, indiretamente, em estudos que mostram o elevado percentual de mulheres brasileiras infectadas pelo HIV e que tiveram relações sexuais não-seguras com UDI, prática mencionada por cerca de 40% delas (ARAÚJO et al., 2004; FIGUEIREDO, 2011).

Azevedo, Botega e Guimarães (2007) observaram entre usuários de *crack* de instituições de tratamento para dependência química, que 87% usavam esporadicamente ou não usavam preservativo nas relações sexuais, mesmo tendo acesso a informações sobre HIV/aids. Este mesmo estudo encontrou prevalência de HIV de 7% entre usuários de *crack* e de 33% entre usuários de cocaína injetável.

Entre mulheres usuárias de *crack* de duas cidades paulistas, Nappo et al. (2004) identificaram como principais fatores de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV e outras DST, a troca de sexo por drogas sem o uso de preservativos; o uso de cachimbos caseiros, que causam feridas e aumentam o risco de transmissão do HIV no sexo oral; e o sentimento de preconceito e o estigma que dificultam seu acesso a serviços de saúde.

Murray (1986) e Volkow et al. (2007) apontam como fatores relacionados ao aumento da atividade sexual pelo uso de cocaína, sua ação no aumento da libido, o padrão de compulsão pelo seu consumo e a comercialização do sexo para sua obtenção. Alguns autores, como Kopetz et al. (2010), têm sugerido uma maior determinação do contexto social e cultural do uso da droga sobre as práticas sexuais. Piccolo e Knauth (2002) referem ser essencial entender de forma contextualizada este consumo, pois sua associação com comportamentos de risco para infecção pelo HIV está em função da natureza dos relacionamentos afetivos e sexuais, e das representações acerca da vulnerabilidade ao HIV, que precisam ser compreendidos em contextos de marginalização e violência.

Nesta direção, considerando a heterogeneidade geográfica, social e cultural do Brasil, assim como a importância do conhecimento de indicadores locais para subsidiar a tomada de decisão e, por outro lado, a escassez de informações sobre a população usuária de drogas no Nordeste, especificamente no Recife, o presente estudo pretende colaborar com o conhecimento sobre as características desta população, em especial acerca de sua vulnerabilidade ao HIV e a outras DST.

Considerando ainda os desafios para o desenvolvimento de pesquisas com amostras probabilísticas deste grupo, que possam melhor subsidiar o monitoramento da epidemia de HIV/aids, assim como o planejamento e avaliação de estratégias de atenção a esta população, pretende-se responder as seguintes questões:

- a) A utilização do método RDS na Cidade do Recife para amostragem dos usuários de drogas ilícitas possibilita recrutamento abrangente de indivíduos, que possa conferir representatividade geográfica aos dados coletados?
- b) Quais as características da população usuária de drogas ilícitas na Cidade do Recife? Que aspectos estão relacionados à sua vulnerabilidade ao HIV e outras DST?
- c) Quais as taxas de prevalência de HIV e de sífilis na população usuária de drogas ilícitas na Cidade do Recife?
- d) Que fatores estão associados à infecção pelo HIV?

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil dos usuários de drogas ilícitas na Cidade do Recife e sua vulnerabilidade ao HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis, e estimar as taxas de prevalência de HIV e sífilis e fatores associados à infecção pelo HIV.

3.2 Objetivos Específicos

- a) Analisar o recrutamento e a distribuição da amostra de usuários de drogas recrutados pelo método *respondent-driven sampling* (RDS) na Cidade do Recife;
- b) Avaliar a representatividade geográfica da amostra de usuários de drogas ilícitas recrutados pelo método RDS;
- c) Elaborar o perfil da população de usuários de drogas do Recife segundo aspectos sociodemográficos; padrões de consumo de drogas; discriminação, criminalidade e violência; conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas a infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST); testagem para HIV;
- d) Estimar as taxas de prevalência de HIV e sífilis na população de estudo e identificar fatores associados à infecção pelo HIV.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

Estudo transversal, sociocomportamental e de soroprevalência de HIV e sífilis entre usuários de drogas residentes na Cidade do Recife, com amostra de base populacional recrutada pelo método RDS no período de setembro a dezembro de 2009. Para o estudo sociocomportamental foi aplicado questionário estruturado e para determinação das prevalências de HIV e sífilis foram utilizados testes rápidos e o teste VDRL (*Venereal Disease Research Laboratory*).

Os dados analisados são integrantes da Pesquisa Nacional *Taxas de prevalência de HIV e sífilis e inventário de conhecimentos, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros* – Projeto *Onda da Saúde* (BASTOS, 2008a).

Como discutido no capítulo 1, estratégias convencionais de amostragem de grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade à infecção pelo HIV enfrentam desafios, como a inexistência de bases cadastrais, seu tamanho relativamente pequeno e a complexidade e alto custo operacional para o desenvolvimento de censos, visto que são pessoas inibidas a revelar seu comportamento, tanto pelo estigma e discriminação, como pela possibilidade de sofrerem punições legais. Além disso, em estudos de base domiciliar, a população usuária de drogas vivendo em situação de rua não é contemplada. Por outro lado, a utilização de amostras de conveniência não permite generalização dos resultados do estudo, principalmente pelo viés de seleção e impossibilidade de determinar a probabilidade de seleção de cada participante da amostra (DUNN; FERRI, 1999; HECKATHORN, 1997; 2002; MAGNANI et al., 2005).

Nesse cenário de dificuldades para obtenção de amostras representativas da população usuária de drogas, o método RDS foi especificamente desenhado para amostragem probabilística de indivíduos em situação de marginalidade e invisibilidade social, procurando amenizar as dificuldades em acessar seus membros e possibilitar a estimação estatística dos parâmetros de interesse (MAGNANI et al., 2005).

O método RDS parte do princípio de que em populações de *difícil acesso*, os pares são os melhores recrutadores, inclusive possibilitando acessar indivíduos que evitam locais públicos. O método combina a amostragem por cadeias de referência, baseado em redes sociais, com

um modelo matemático que compensa o fato da amostra não ser inicialmente coletada de forma aleatória, atribuindo pesos aos indivíduos recrutados (HECKARTHORN, 1997, 2002).

Para dar partida ao processo de recrutamento, são selecionadas algumas pessoas da população de estudo chamadas de sementes, às quais são entregues cupons após sua participação, para que possam convidar conhecidos da mesma população que, após participarem do estudo, também recebem cupons e assim por diante (HECKARTHORN, 1997). Considerando a heterogeneidade sociodemográfica dos membros das populações de interesse, pesquisadores têm recomendando a seleção de um número razoável de sementes, com características que espelhem a diversidade da população de estudo (KENDALL, 2006; SZWARCWALD, 2009).

Na análise estatística dos dados, o recrutamento é tomado como um processo de Markov e algumas fontes de vieses, comuns às amostras por cadeias de referência, são abordadas a partir de suas propriedades. Devido à escolha não-aleatória dos participantes iniciais, é recomendado atingir um número de ondas de recrutamento suficientemente amplo (4 a 6), que permita que as características da amostra tornem-se estáveis e espelhem as proporções populacionais da qual foi extraída, alcançando o equilíbrio independente das sementes selecionadas (SALGANIK; HECKATHORN, 2004).

Em linhas gerais, para classificar o método RDS como probabilístico, a amostra é inversamente ponderada de acordo com a probabilidade de seleção de cada participante, sendo necessários alguns requisitos para sua validação: (a) recrutador e recrutado serem conhecidos; (b) o controle do número de recrutados por cada indivíduo; (c) o rastreamento da cadeia de recrutamento – quem recrutou quem e (d) o conhecimento do tamanho da rede social de cada participante (SALGANICK; HECKATHORN, 2004).

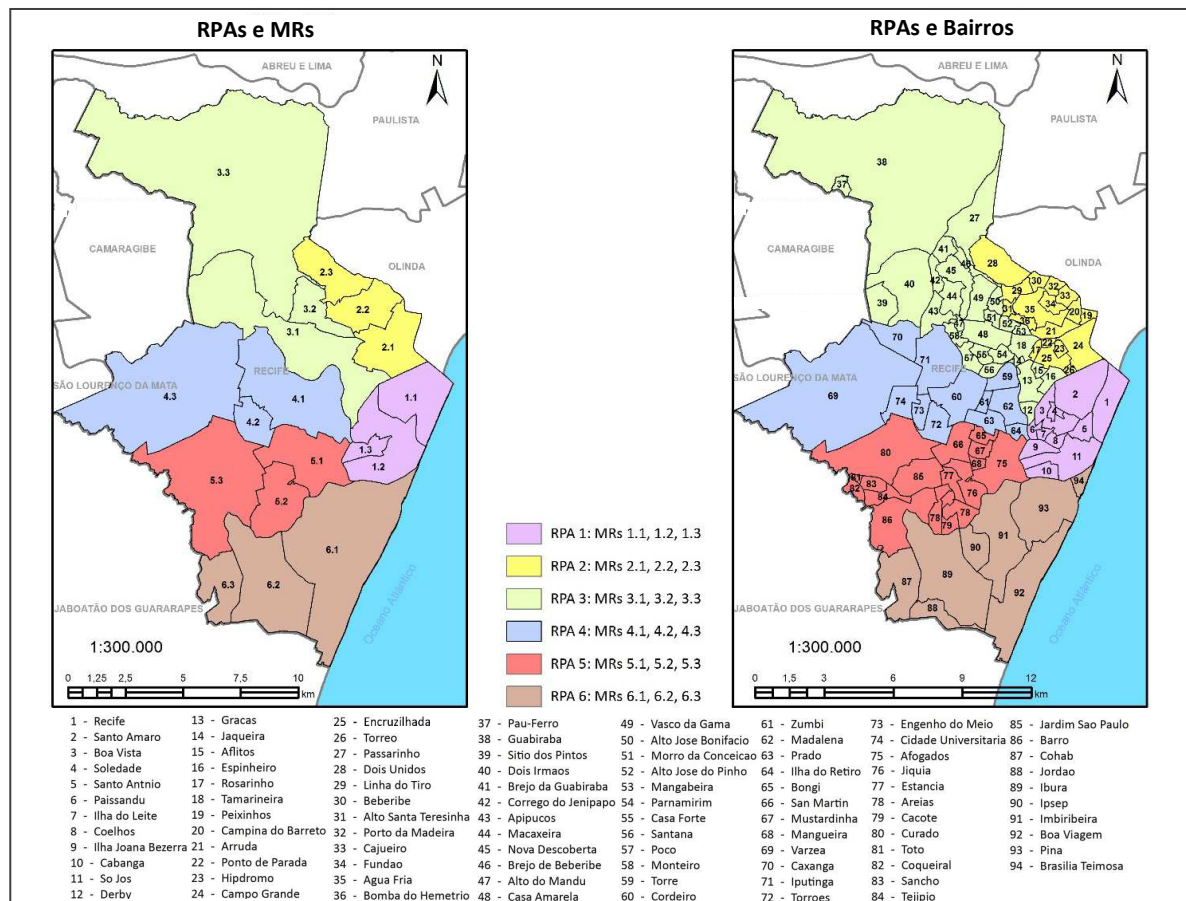
Considerando ainda que pessoas com maiores redes sociais, mais extrovertidas e cooperativas, tendem a recrutar e serem recrutadas mais rapidamente do que outras, com redes menores e mais reclusas (diferenciais de recrutamento que podem levar a super ou sub-representação de um determinado grupo), o método propõe a utilização de uma cota de convidados para cada participante (2 a 3) e um sistema de duplo incentivo, um primário pela participação, e outro secundário pelo recrutamento e participação de conhecidos. Espera-se que as cotas e os incentivos estimulem o recrutamento e motivem a participação, assim como facilitem acessar segmentos mais “escondidos”, que não costumam fazer uso de drogas em locais públicos e têm redes sociais menores (HECKATHORN, 2002; 2009).

Para desenvolvimento do presente estudo, foi inicialmente realizada pesquisa formativa para subsidiar o recrutamento e adequar os procedimentos a serem adotados para coleta de dados, avaliando a pertinência do método RDS no contexto sociocultural local (JOHNSTON et al., 2010). Foi ainda realizado treinamento da equipe de pesquisa, abordando os temas do uso de drogas, HIV/aids, sífilis, testagem rápida e aconselhamento pré e pós-teste de HIV.

4.2 Área de abrangência

O estudo compreendeu o Recife, cidade litorânea, capital do Estado de Pernambuco, terceira maior população do Nordeste e nona população do País, estimada em 1,5 milhões de habitantes em 2009 (IBGE, 2009). Sua área territorial de 219 km² é formada por morros (67,4%), planícies (23,3%) e estuário (9,3%), com 8,6 km de praia e maior distância no eixo norte-sul de cerca de 25 km e leste-oeste de 17 km. Para fins de planejamento e gestão pública, seus 94 bairros foram agregados em 18 microrregiões (MRs) e estas em seis regiões político-administrativas (RPAs), conforme a figura 2, que servem de base para descentralização das políticas públicas e territorialização dos serviços (RECIFE, 2013).

Figura 2 – Regiões político-administrativas (RPAs), microrregiões (MRs) e bairros da Cidade do Recife



Fonte: a autora, com base nas divisões político-administrativas da Cidade do Recife (RECIFE, 2005).

O Recife e outros 13 dos 185 municípios pernambucanos compõem a região metropolitana, que agrega 44% da população estadual. A densidade populacional média do Recife é de cerca de 7.039 habitantes/km², mas sua distribuição pelos bairros se dá de forma heterogênea, sendo a menor densidade de 137 habitantes/km², principalmente onde há matas, manguezais e regiões destinadas ao comércio, e a maior densidade de 30.280 habitantes/km². Em relação às condições socioeconômicas, a maioria de seus bairros é marcada por profundas desigualdades, estando a capital entre as quatro do país com maior iniquidade social. São cerca de 490 favelas, representando 15% de sua área total e 25% da área ocupada, 80% integrando as 66 Zonais Especiais de Interesse Social – ZEIS do Recife (RECIFE, 2013).

No período de 2000 a 2009 a Região Nordeste duplicou sua taxa de incidência de casos de aids e Pernambuco foi o estado nordestino com a maior taxa de incidência, acima da média regional (18,7 por 100 mil habitantes). O registro de casos novos de aids no Recife quase triplicou no período de 2000 a 2009, apresentando neste último ano a quarta maior taxa de incidência entre as capitais (58,4 por 100 mil habitantes) (BOLETIM EPIDEMIOLOGICO AIDS/DST, 2010), com uma média anual de 350 casos novos (BOLETIM INFORMATIVO DST/AIDS, 2009). Atualmente as mulheres representam um terço dos casos novos e a categoria de exposição com maior peso é a relação heterossexual desprotegida (46,7%), seguida de homo e bissexuais (26,7%) e uso de drogas injetáveis (2%) (RECIFE, 2008).

Dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil apontam o Nordeste como a Região com a maior prevalência de uso de drogas ilícitas na vida (27,6%) (CARLINI et al., 2006). O II LENAD também apresenta prevalência para o Nordeste de uso de cocaína em pó e de crack no último ano (2,1%) acima do observado para o Brasil (1,9%) (INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012). Quanto às apreensões de drogas em Pernambuco, entre 2001 e 2007 a quantidade de cocaína triplicou e a de crack aumentou 18 vezes, apontando para o aumento no consumo destas drogas na Região (BRASIL, 2009).

4.3 População de estudo

Para definição da população de estudo foram adotados os parâmetro da Organização Pan-Americana de Saúde (2008) para conceituação de “usuários de drogas com comportamento de alto risco para adquirir ou transmitir o HIV e outras DST – CODAR”, que tem por finalidade

promover ferramentas básicas para padronizar e melhorar a comparabilidade das pesquisas com usuários de drogas na América Latina.

Foram considerados elegíveis para o estudo homens ou mulheres que haviam utilizado qualquer droga injetável nos seis meses anteriores ao estudo, ou consumido, por qualquer via, cocaína, *crack*, metanfetaminas, heroína ou alucinógenos por mais de 25 dias (cerca de 1 dia por semana para um consumo regular) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008); podendo ou não ter consumido outras substâncias consideradas ilícitas (como a maconha) ou lícitas (como o álcool).

Além destes parâmetros, foram adotados como critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais; ser residente no Recife; não ter participado anteriormente do estudo; apresentar um convite válido para participar do Projeto *Onda da Saúde* e que o mesmo tenha sido recebido de um conhecido; assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); não estar na vigência de quadro de intoxicação aguda por álcool ou outra droga.

4.4 Tamanho e desenho da amostra

O Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde estabeleceu para o estudo nacional o recrutamento de 2.500 usuários de drogas, sendo para Recife uma amostra de 250. Com o intuito de fornecer estimativas independentes, a amostra local foi ampliada em 150 participantes, totalizando 400, com base nas recomendações do método e nos dados da literatura quanto à prevalência de HIV entre usuários de drogas. Buscou-se atender aos requisitos necessários para estimar uma prevalência de HIV de 17,8% estabelecida por Malta et al (2010) em estudo de revisão sistemática e meta-análise de estudos brasileiros com UDI e UDNI; com intervalo de confiança (IC) de 95%; e efeito do desenho de 2,5 (JOHNSTON, 2008; SALGANIK, 2006).

Para o delineamento das cadeias de recrutamento, foi estabelecido no Recife a cota de dois cupons (convites) por recrutador, com o objetivo de aumentar a capilaridade das cadeias de referência e reduzir a possibilidade de coerção entre os participantes por conta do ressarcimento secundário. Para regular a composição final da amostra, a partir da 7ª onda de recrutamento, e dependendo do tamanho e da velocidade de cada cadeia de referência, passou-se a distribuir apenas um cupom, possibilitando que os indivíduos das demais cadeias de referência ingressassem na amostra, até que se alcançou o tamanho desejado e não foram mais fornecidos cupons.

Os cupons (anexo A) foram confeccionados com o logotipo do Projeto, horário de funcionamento, endereço e telefone do local do estudo, no qual era colada uma etiqueta com o número único de identificação do participante, no formato de código de barras, que permitia estabelecer a relação entre recrutador e recrutado e o seguimento das ondas de recrutamento.

Na seleção das sementes buscou-se contemplar todas as RPAs do Município e diferentes perfis de usuários e de consumo de drogas. A maioria participou dos grupos focais da pesquisa formativa, indicadas por redutores de danos e outros profissionais de saúde que atuam na rede de atenção aos usuários de drogas, sendo um dos critérios de escolha ter boa rede social. Foram selecionadas seis sementes, cada uma residente em uma das seis RPAs, que consumiam *crack* e/ou cocaína em pó, além de tranquilizantes, alucinógenos e drogas sintéticas. Quatro eram homens e duas mulheres, com diferentes idades, tempo de uso de drogas, escolaridade, inserção no mercado de trabalho e renda.

Durante a pesquisa formativa, nenhum dos doze equipamentos municipais de atenção aos usuários de drogas, nem as ONG parceiras e os redutores de danos que atuam junto a esta população no Recife, em diferentes classes socioeconômicas, conseguiram identificar usuários de heroína.

4.5 Instrumentos e fontes de coleta de dados

O trabalho de campo para coleta de dados foi realizado em duas etapas: pesquisa formativa e inquérito epidemiológico. A pesquisa formativa consistiu na realização de três entrevistas semi-estruturadas, dois grupos focais com usuários de drogas (n=19) e um com profissionais de saúde (n=7) e membros de ONG (n=3). Foram elaborados roteiros para a condução das entrevistas (apêndice A), que subsidiaram a elaboração de um relatório (PORTELLA, 2009) contemplando informações sobre as cenas de uso locais, motivações da população de estudo em participar da pesquisa, opiniões a respeito dos procedimentos a serem realizados, características das possíveis sementes e preferências pela logística do estudo – local, dias, horários e incentivos.

Para a escolha do local de realização do estudo, denominado aqui de centro de entrevista e testagem (CET), considerou-se um espaço que se mostrasse acessível e acolhedor para este público e, ao mesmo tempo, possibilitasse uma aproximação com os serviços de saúde. Considerando ainda as condições necessárias de infra-estrutura, horário de funcionamento e de localização e acesso por meio de transporte coletivo, identificou-se o Centro de Atenção

Psicossocial para Usuários de Drogas (CAPSad) da RPA 3, opção avaliada e aprovada nos grupos focais.

O inquérito epidemiológico foi realizado durante 12 semanas, no período de setembro a dezembro de 2009, e compreendeu os seguintes procedimentos (figura 3):

- a) Checagem do convite com suporte de um programa de gerenciamento de cupons;
- b) Elegibilidade dos recrutados utilizando questionário eletrônico (anexo B) para conferir os critérios de inclusão. Os inelegíveis eram encaminhados para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Recife e recebiam preservativos e material informativo e educativo;
- c) Leitura e assinatura do TCLE (anexo C);
- d) Entrevista sociocomportamental (anexo D), autorrespondida com auxílio de computador com áudio (*Audio Computer Assisted Self Interview – ACASI*), elaborada pela coordenação nacional do Projeto em conjunto com o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. A ferramenta ACASI possibilita visualizar e escutar todas as perguntas e possibilidades de respostas. Além de ter boa aceitação, inclusive entre os não alfabetizados, elimina as etapas de transcrição ou de digitação e não permite mudança da sequência das perguntas e dos registros de opções pré-estabelecidas. Ao permitir que os participantes respondam sozinhos a entrevista, o ACASI também oferece a vantagem de uma maior confiabilidade na análise de comportamentos estigmatizantes (SIMÕES; BASTOS, 2004). No estudo, caso solicitado, o participante era auxiliado por um entrevistador em todo o questionário ou em parte dele, principalmente nas respostas sobre os locais de moradia e de uso de drogas, que precisavam ser digitadas;
- e) Aconselhamento pré-teste, conforme normas do Manual de Aconselhamento do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998). O objetivo deste momento foi discutir com o participante seu conhecimento e práticas de risco em relação a DST e aids e identificar, a partir de seus relatos, as possibilidades de resultados dos testes de HIV e sífilis. Foram ainda lembradas as informações e orientações quanto à realização dos testes rápidos, inicialmente feitas quando da leitura do TCLE, assim como discutidas estratégias de redução de danos e riscos no consumo de drogas;
- f) Realização de testes rápidos para HIV e sífilis com sangue total, obtido por punção digital (BRASIL, 2007a). Foram aplicados conforme o algoritmo padrão publicado na Portaria Nº 34 de 28/07/2005 da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde (anexo E);

o manual de capacitação do Ministério da Saúde para utilização dos testes rápidos (BRASIL, 2007b); e as instruções de cada um dos fabricantes dos testes. Como testes 1 e 2, foram utilizados o *HIV-1/2 BioManguinhos* e o *HIV Rapid Check HIV 1&2*. Ocorrendo discordância entre os dois testes, o *Determine TM HIV-1/2* foi selecionado como teste 3. Para os primeiros 250 participantes, o diagnóstico qualitativo de sífilis foi realizado com o teste rápido *SD Bioline Syphilis 3.0*, que detecta anticorpos de todos os isotipos (IgG, IgM, IgA) contra o *Treponema pallidum*. Para os demais 150 participantes, foi oferecido o teste VDRL, sendo congelada amostra para posterior realização do teste rápido;

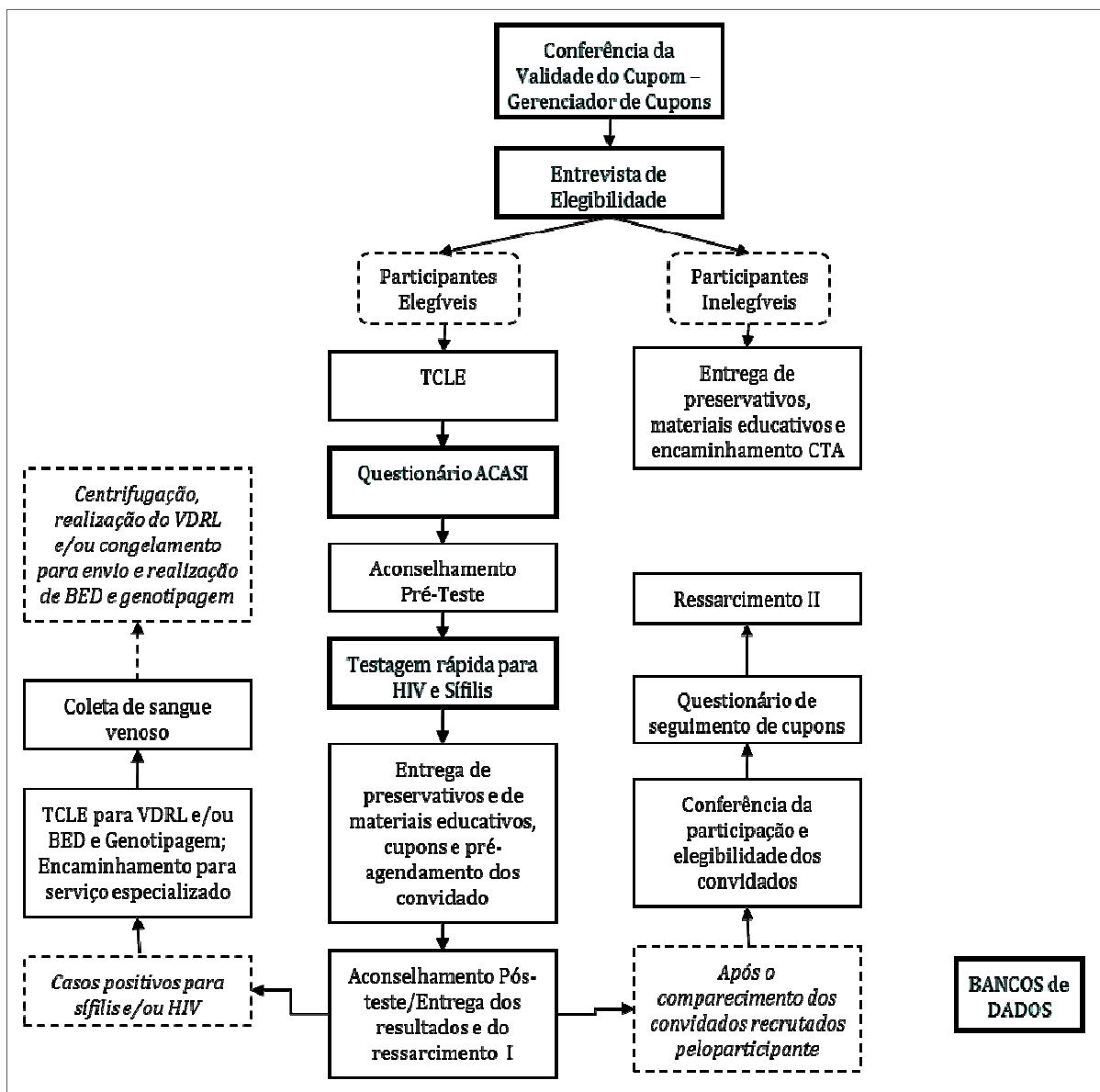
- g) Durante a espera dos resultados dos testes foi feita a entrega dos preservativos, lubrificantes, materiais informativos e educativos, bem como dos cupons. Neste momento também eram feitas as orientações sobre os critérios de recrutamento e o pré-agendamento dos convidados, que poderia ser remarcado a qualquer momento, inclusive sendo informada a possibilidade de atendimento sem agendamento prévio, caso houvesse disponibilidade no momento. Este procedimento foi adotado para minimamente organizar o trabalho de campo, além de ser utilizado como mais um recurso para oportunizar a participação de recrutados de cadeias de referência mais lentas, que tinham prioridade no agendamento, sendo marcado aqueles das cadeias que propagavam com rapidez com maior intervalo de tempo;
- h) Aconselhamento pós-teste para entrega dos resultados, com realização dos encaminhamentos necessários para a rede de saúde ou da assistência social, e entrega do ticket alimentação (ressarcimento). O objetivo deste momento foi auxiliar no entendimento do resultado e estimular a reflexão sobre as práticas de risco e a adoção de medidas de prevenção. Nos casos com testes positivos, o aconselhamento procurou reduzir o impacto psicológico e incentivar a comunicação aos parceiros. Em um segundo momento, para os participantes com testes positivos, eram feitos os seguintes procedimentos:
- Teste positivo para sífilis: foi oferecido o teste VDRL para possibilitar a diferenciação entre cicatriz imunológica e infecção em atividade, cujo resultado era entregue em uma semana;
 - Testes positivos para HIV: foi feito o convite para realização do teste BED (*Immunoglobulin G-Capture BED-Enzyme Immunoassay*) e da genotipagem. O primeiro permite calcular a incidência do HIV, identificando o percentual de infecções recentes, e o segundo determina os subtipos do HIV. Em ambos os casos,

havendo concordância e assinatura do TCLE específico (anexo F), procedeu-se a coleta de sangue por punção venosa;

As amostras coletadas foram diariamente levadas ao Laboratório do Hospital Agamenon Magalhães/Secretaria Estadual de Saúde para centrifugação e realização do teste VDRL e/ou congelamento para posterior envio ao Laboratório de Aids e Imunologia Molecular da Fiocruz-RJ, aonde foram realizados os demais testes;

- i) Após comparecimento dos convidados recrutados pelo participante, era feita a conferência de suas elegibilidades para a entrega do ressarcimento secundário, e aplicado um questionário de seguimento da distribuição dos convites (anexo G).

Figura 3 – Fluxo de atendimento para coleta de dados. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009



A base de dados do estudo foi desenvolvida no programa *Microsoft Office Access* e contemplou as informações referentes ao gerenciamento de cupons, questionário de elegibilidade, questionário sociocomportamental e exames laboratoriais, interligadas pelo número único de identificação do participante.

4.6 Variáveis do estudo

As variáveis analisadas no presente estudo foram selecionadas a partir dos questionários de elegibilidade e sociocomportamental. Para representar o efeito de cada variável, considerando suas especificidades, foram criadas variáveis categóricas e estabelecidos estratos. Após a avaliação das frequências das variáveis categóricas, para permitir uma melhor apresentação e avaliação do perfil da amostra, bem como a determinação de grupos que possibilitem a análise estatística acerca de fatores associados à vulnerabilidade para a infecção pelo HIV, estas foram agrupadas com base nos temas abordados.

Buscou-se abranger aspectos relacionados à distribuição da amostra e mobilidade dos usuários de drogas em relação ao consumo e às dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade dos usuários de drogas ilícitas à infecção pelo HIV e outras DST, sendo as variáveis de estudo (apêndice B) organizadas em oito grupos: a) Distribuição e mobilidade espacial; b) Características sociodemográficas; c) Uso de drogas; d) Discriminação, criminalidade e violência; e) Conhecimento e fontes de informação sobre HIV e acesso a preservativos; f) Comportamento sexual; g) Antecedentes e tratamento de DST; h) Testagem para HIV e sífilis.

4.7 Plano de análise

4.7.1 Distribuição espacial da amostra

Para a avaliação do desempenho geográfico do recrutamento de usuários de drogas ilícitas pelo método RDS na Cidade do Recife, foi feita a distribuição geográfica da amostra quanto aos locais de moradia e de uso de drogas. O georreferenciamento da variável “onde você mora atualmente” permitiu observar como se deu o processo de recrutamento nas seis RPAs na medida em que as cadeias de referência foram se formando, se houve grandes concentrações em alguns bairros ou se alcançou, em alguma medida, todas as regiões da Cidade.

Considerando que o recrutamento por cadeia de referência é baseado nas redes sociais, e que a interação entre seus membros, no caso das pessoas usuárias de drogas, ocorre principalmente em lugares de consumo de drogas (cenas de uso), foi também realizado o georreferenciamento da variável “favelas, comunidades ou bairros que você visitou onde fez uso de drogas nos últimos 6 meses (se mais de 5, os mais visitados)”. Deste modo, foi possível analisar a distribuição espacial quanto aos lugares de uso de drogas e verificar a mobilidade dos usuários em torno deste consumo. Com a finalidade de observar a existência de fluxos intermunicipais e interestaduais envolvendo o uso de drogas por pessoas residentes no Recife, foi utilizada a variável “cidades onde você fez uso de drogas nos últimos 2 anos (se mais de 5, as mais visitadas)”.

Para melhor analisar o desempenho do recrutamento, a distribuição da amostra quanto à moradia dos entrevistados foi cotejada com a distribuição da população geral, assim como sua distribuição quanto aos bairros onde fizeram uso de drogas nos seis meses anteriores ao estudo foi comparada à distribuição das ocorrências policiais de uso, posse ou tráfico de drogas no ano de 2009, disponibilizadas pela Gerência de Análise Criminal e Estatística da Secretaria de Defesa Social de Pernambuco (InfoPol/SDS-PE). Tais ocorrências foram aqui consideradas como uma aproximação da distribuição das atividades relacionadas ao uso de drogas ilícitas, denominadas por Fernandes e Pinto (2004) de atividades psicotrópicas, que segundo os autores caracterizam os territórios psicotrópicos, lugares nos quais ocorre o uso, a venda ou atividades voltadas para aquisição de recursos com a finalidade de obtenção da droga.

O desempenho geográfico do recrutamento RDS foi ainda cotejado com dados coletados para a *Pesquisa Nacional sobre o Perfil dos Usuários de Crack nas 26 capitais, Distrito Federal e 9 Regiões Metropolitanas*, desenvolvida na Região Metropolitana do Recife no período de 2011 a 2013. A Pesquisa empregou o método TLS para a coleta de dados, sendo utilizadas as informações do mapeamento dos lugares de uso de *crack*, realizado para a construção da lista de unidades primárias de seleção (VDTs), e as variáveis relacionadas aos bairros de moradia e nos quais os usuários de *crack* recrutados referiram terem utilizado drogas nos seis meses anteriores ao estudo. Estes dados, ainda inéditos, receberam a mesma abordagem descrita para os dados de local de moradia e de uso de drogas da amostra recrutada no estudo RDS.

O mapeamento procurou ser o mais abrangente possível, sendo contatados de fevereiro a abril de 2011 agentes públicos e da sociedade civil organizada, de diferentes regiões e áreas de atuação que, por terem o território como principal cenário de desenvolvimento de suas atividades, pudessem indicar lugares onde havia uso de *crack* na Cidade.

Esses lugares, denominados de cenas de uso de *crack*, foram definidos como locais utilizados frequentemente por duas ou mais pessoas para o consumo da droga, públicos ou privados, em alguns ou todos os turnos e dias da semana. Desta forma, ampliou-se as possibilidades de identificação de locais em relação às cenas mais comumente veiculadas pelos meios de comunicação, frequentadas por um grande número de usuários, que moram ou permanecem nesses locais por um longo período, conhecidas como *cracolândias*.

Apesar do mapeamento ter ocorrido pouco mais de um ano após o término do Projeto *Onda da Saúde*, o problema para comparação dos dados por possíveis mudanças na localização de cenas de uso de *crack* neste período foi reduzido ao se agregar as cenas de uso por bairros, visto que, durante o trabalho de campo, observou-se que muitas destas mudanças se davam para locais próximos. O mapeamento representa uma boa aproximação dos lugares frequentados pelos usuários de *crack*, e sua utilização na análise espacial do método RDS possibilitará verificar o quanto o mesmo se aproximou desses locais.

Foram elaborados mapas temáticos, agregando os dados por bairros, sendo utilizadas como unidades de análise os bairros, as microrregiões e as RPAs, conforme discriminados na figura 2, na subseção 3.2. Nos mapas que ilustram o local de moradia, as legendas representam o número de usuários de drogas entrevistados em cada bairro. Naqueles que ilustram os locais onde os recrutados fizeram uso de drogas ilícitas nos seis meses anteriores ao estudo, as legendas representam o número de usuários que referiram o bairro, podendo cada entrevistado registrar até cinco bairros, além de indicar se fazia uso no bairro onde morava.

Os mapas digitais do Recife foram obtidos no site do Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE) (<www.ibge.gov.br>), e a gestão da análise espacial foi realizada utilizando-se o Sistema de Informação Geográfica *Terraview* 4.2.2, disponível em <<http://www.dpi.inpe.br/terraview/index.php>>. Para ilustrar as cadeias de recrutamento e a distribuição dos resultados dos testes de HIV e sífilis nestas cadeias, utilizou-se o *software* NetDraw 2.091, disponível em <<https://sites.google.com/site/netdrawsoftware/download>>.

4.7.2 Ponderação dos dados

Além de uma técnica de coleta, o RDS implica em um método de análise dos dados para que se tornem representativos da população de estudo. Os dados coletados precisam ser ponderados levando-se em consideração as probabilidades desiguais de seleção de seus membros e os padrões de recrutamento na amostra. Para facilitar a análise do conjunto de

dados RDS e a inferência das estimativas ponderadas, foi desenvolvido pelos formuladores do método um software livre, disponível em <www.respondentdrivensampling.org>, denominado de *Respondent-Driven Sampling Analysis Tool* (RDSat).

Com a ferramenta RDSat é possível observar se a amostra atingiu o equilíbrio em relação às variáveis de interesse, ponto em que suas características não mudam independentemente do número de ondas de recrutamento que sejam ainda produzidas. O RDSat realiza o ajuste da diferença entre a composição da amostra e a composição da população de estudo, a partir do padrão de recrutamento medido pela probabilidade de uma pessoa de determinado grupo da população pesquisada (por exemplo, HIV+) recrutar uma do mesmo grupo ou de outro(s) grupo(s) (por exemplo, HIV-). Estas medidas, chamadas de probabilidades de transição, são combinadas com a média do tamanho da rede social dos participantes para estimar as proporções da população em cada grupo (SALGANIK; HECKATHORN, 2004).

O peso de cada participante na amostra é dado aplicando-se um fator de expansão baseado no inverso do tamanho das redes individuais, considerando que pessoas com maiores redes sociais têm maior chance de serem recrutadas e vice-versa (SALGANIK; HECKATHORN, 2004). No presente estudo, para determinação do tamanho das redes individuais foram utilizadas as seguintes perguntas do questionário de elegibilidade: “Quantas pessoas usuárias de drogas que moram em Recife você conhece e elas conhecem você?”; “E quantos desses [resposta anterior] usuários de drogas que você conhece têm mais de 18 anos?”; “E com quantos desses [resposta anterior] usuários de drogas que você conhece, e têm mais de 18 anos, você se encontrou no último mês?”; “Dos [resposta anterior] usuários de drogas que você encontrou no último mês, quantos você conhece pelo nome ou pelo apelido?”.

Cerca de quatro estimadores foram desenvolvidos para inferência das estimativas em estudos RDS, sendo os mais utilizados os estimadores denominados de RDS I e RDS II (SALGANIK, 2012). No presente estudo foi empregado o estimador RDS II, proposto por Volz e Heckathorn (2008) juntamente com o estimador de variância para variáveis categóricas, baseado nas teorias de amostragem em cadeia de Markov e de amostragem com probabilidades desiguais. O RDS II oferece maior simplicidade analítica em relação ao RDS I, além de permitir estimativas de variáveis contínuas.

Para avaliar as diferenças de prevalência de algumas estimativas obtidas por sexo, ou seja, a significância estatística da razão de prevalência, empregou-se o teste qui-quadrado.

4.7.3 Análise dos fatores associados à infecção pelo HIV

Para a análise dos fatores associados à infecção pelo HIV foi adotado o modelo de regressão logística. Na análise univariada, o resultado do teste de HIV foi incluído como a variável dependente e a odds ratio (OR) foi utilizada para testar a associação entre as variáveis independentes e a infecção pelo HIV. Para a modelagem da análise multivariada, foram selecionadas as variáveis estatisticamente significantes na análise univariada, com nível de significância menor ou igual a 0,05 (valor de $p < 0,05$). Foram ainda consideradas as variáveis epidemiologicamente relevantes que apresentaram nível de significância igual ou menor que 0,10 (valor de $p \leq 0,10$).

Como o RDSat apresenta limitações para a realização de análises de regressão logística multivariada, foi utilizado o módulo “amostra complexa” do software “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS, versão 17.0).

4.8 Considerações Éticas

A Pesquisa *Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros* obteve parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz (Protocolo N° 90/08; CAAE 0114.0.031.000-0) (anexo H), bem como carta de anuência da Secretaria de Saúde do Recife (anexo I). A Pesquisa Nacional *Perfil dos Usuários de Crack nas 26 capitais, Distrito Federal e 9 Regiões Metropolitanas* foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz (Parecer N° 17/2011; CAAE 0008.0.095.031-11) (anexo J). Para utilização de seus bancos de dados na tese houve a anuência da coordenação geral de ambas as Pesquisas (anexo K).

Foi assegurado o anonimato dos participantes, aos quais se solicitou conhecimento e assinatura dos TCLEs para realização das entrevistas, testes rápidos, teste VDRL, teste BED e genotipagem. O aconselhamento prestado antes e após os testes sorológicos foi individual, centrado no indivíduo e contextualizado em relação ao uso de drogas.

Todos os participantes recrutados, elegíveis ou inelegíveis, receberam preservativos, lubrificantes, materiais educativos e informativos sobre drogas e DST/aids e orientação quanto aos locais para testagem de HIV e sífilis e aos serviços que realizam ações de redução

de danos no consumo de álcool e de outras drogas. Os participantes que expressaram seu desejo de acessar tratamento para dependência química, receberam encaminhamento e foram orientados quanto aos serviços públicos de referência.

Quanto aos incentivos utilizados, foram entregues preservativos masculinos e femininos, lubrificante, material informativo e educativo sobre drogas, DST e aids, e uma ajuda de custo para os gastos com transporte e alimentação, na forma de ticket alimentação no valor de R\$ 20,00.

Os resultados da tese serão divulgados através de artigos científicos, apresentações em congressos e outras reuniões científicas. Serão elaborados relatórios e materiais informativos que serão disponibilizados para gestores e profissionais que atuam junto à população de estudo.

5 RESULTADOS

Na apresentação dos resultados são inicialmente descritas algumas características do processo de recrutamento, da inclusão dos recrutados no estudo e da distribuição da amostra nas cadeias de referência. Em seguida, são apresentados os achados quanto à distribuição e à mobilidade espacial da amostra (subseção 4.1); as características do perfil da população usuária de drogas ilícitas do Recife, com as estimativas ponderadas e os respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%) (subseção 4.2); e por fim a análise estatística dos fatores associados à infecção pelo HIV (subseção 4.3).

Na seleção das seis sementes foram contempladas todas as RPAs do Recife e diferentes características sociodemográficas: quatro homens e duas mulheres; três pardas, duas brancas e uma preta; idades entre 20 e 37 anos; tempo de uso de drogas de 1 a 16 anos; uma não sabia escrever e as demais tinham cursado do Ensino Fundamental 2 ao Superior incompleto; duas eram empregadas com carteira de trabalho e tinham renda maior que um salário mínimo, uma trabalhava por conta própria e tinha renda menor que um salário mínimo e as outras três não trabalhavam e não tinham renda (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos usuários de drogas recrutados pelo método *respondent-driven sampling* segundo características das sementes e das cadeias de referência. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009.

Semente	RPA moradia	Sexo	Idade *	Tempo uso*	Último uso**	Escolaridade	Renda	Nº de ondas	% retorno cupons	% elegíveis	% da amostra		
1	RPA 1	M	33	16	0-7	Médio	1 a 2 SM	11	(88/104)	84,6	(70/88)	79,5	17,8
2	RPA 6	M	20	5	60-180	Sup. Inc.	> 2 SM	-	(0/2)	-	-	-	-
3	RPA 3	F	37	1	0-7	Médio	Nenhuma	15	(250/313)	79,9	(214/250)	85,6	54,3
4	RPA 5	M	22	4	7-30	Médio	Nenhuma	10	(75/113)	66,4	(65/75)	86,7	16,5
5	RPA 2	F	28	8	0-7	F.2. Inc.	< 1 SM	9	(30/45)	66,7	(24/30)	80,0	6,1
6	RPA 4	M	24	7	0-7	Não alfab.	Nenhuma	10	(25/34)	73,5	(21/25)	84,0	5,3
Total	-	-	-	-	-	-	-	-	(468/611)	76,6	(394/468)	84,2	100,0

Fonte: a autora.

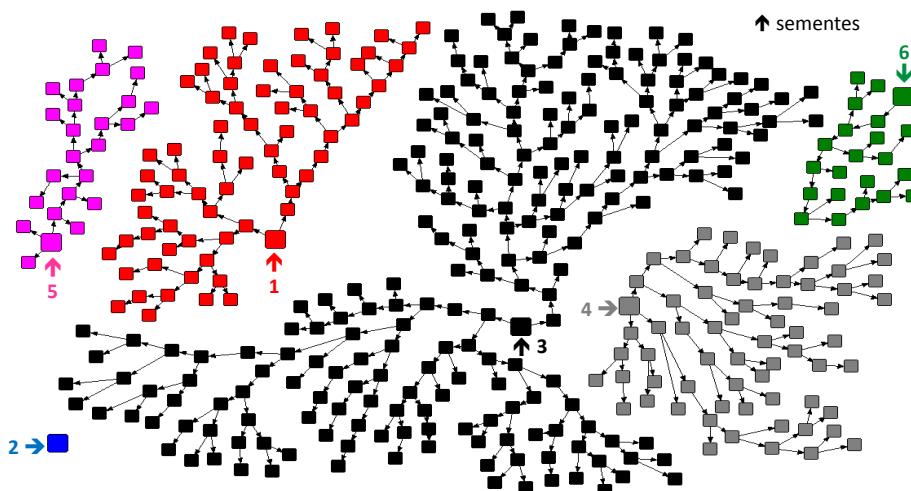
Notas: *em anos; **em dias; **Sup. Inc.**: Superior Incompleto; **F.2. Inc.**: Fundamental 2 Incompleto; **Não alfab.**: Não alfabetizado; **SM**: salário mínimo.

Quatro sementes haviam feito uso de drogas ilícitas no dia ou até 7 dias antes da entrevista e duas há mais de uma semana. Nos últimos 12 meses, duas sementes haviam consumido drogas sintéticas, uma referiu uso de alucinógenos e uma de tranquilizantes, sendo três usuárias de *crack*, uma de cocaína em pó e duas de ambas as drogas. A cocaína em pó era aspirada, sendo também injetada por uma das sementes, e o *crack* fumado em cachimbos improvisados com latas, garrafas e pedaços de cano, em cigarros associado à maconha (*melado/mesclado*) ou tabaco (*capeta*), além do seu consumo intranasal, após ser

transformado em pó, chamado de *virado*. O *virado* é obtido a partir da mistura com ácido bórico, que é aquecida e após esfriar, e ficar sólida, é triturada para ser transformada em pó.

A amostra pretendida de 400 usuários de drogas ilícitas foi alcançada em 12 semanas, a partir de cinco das seis sementes que geraram cadeias de referência com 9 a 15 ondas de recrutamento e que compuseram a amostra final nas seguintes proporções, em ordem decrescente: 54,3%, 17,8%, 16,5%, 6,1% e 5,3%. A semente 2 que não gerou recrutamento era a que tinha a maior renda e a escolaridade mais elevada, assim como o maior intervalo de tempo desde o último uso de drogas ilícitas (tabela 1). A distribuição da amostra final segundo as cadeias de recrutamento é ilustrada na figura 4.

Figura 4 – Distribuição dos usuários de drogas recrutados pelo método *respondente-driven sampling* por cadeia de referência. Projeto *Onda da saúde*, Recife, 2009.



Fonte: a autora

Foram distribuídos 611 cupons e 468 (76,6%) retornaram ao Projeto, sendo que 394 (84,2%) com recrutados que atendiam aos critérios de inclusão. Foram realizadas semanalmente uma média de 39 entrevistas, sendo que 33 de recrutados elegíveis. Entre os inelegíveis, um estava alcoolizado e os demais 72 não atendiam ao critério CODAR, adotado para definição da população de estudo, sendo 66,6% (48 de 72) identificados na entrevista de elegibilidade e 33,4% (24 de 72) durante o aconselhamento para as testagens.

O total dos participantes elegíveis concordou em responder a entrevista sociocomportamental e menos de 1% recusou fazer o teste rápido de HIV. Com a ampliação da amostra de 250 para 400, não foi possível aumentar, durante o período das entrevistas, o quantitativo de testes rápidos para sífilis. Assim, para os primeiros 250 recrutados foi oferecido o teste rápido de sífilis (coleta de sangue por punção digital), observando-se o mesmo percentual de recusa

para o teste rápido de HIV. Para os demais 150, foi oferecido o teste VDRL (coleta de sangue por punção venosa), sendo congelada parte do sangue coletado para posterior realização do teste rápido. Entre estes 150, o percentual de recusa ao teste VDRL foi de 7,3%. Dos 73 indivíduos com teste rápido positivo para sífilis, 3 (4,1%) não realizaram o diagnóstico quantitativo pelo teste VDRL (tabela 2).

Tabela 2 – Realização dos testes sorológicos na amostra recrutada. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Testes oferecidos	n	%
Teste rápido para HIV (punção digital)	400	
Realizaram	397	99,2
Não realizaram	3	0,8
Teste rápido para sífilis* (punção digital)	250	
Realizaram	248	99,2
Não realizaram	2	0,8
Teste VDRL (coleta venosa)		
<i>Participantes para os quais não foi oferecido o teste rápido*</i>	150	
Realizaram	139	92,7
Não realizaram	11	7,3
<i>Participantes com teste rápido positivo**</i>	73	
Realizaram	70	95,9
Não realizaram	3	4,1

Fonte: a autora.

Notas: *O teste rápido para sífilis foi oferecido para os 250 primeiros participantes. Para os demais 150, foi oferecido o teste VDRL, sendo realizado posteriormente o teste rápido em amostra de sangue congelado; **Total de participantes com teste rápido positivo, incluindo os testes que foram realizados com amostra de sangue congelado.

5.1 Distribuição e mobilidade espacial da amostra

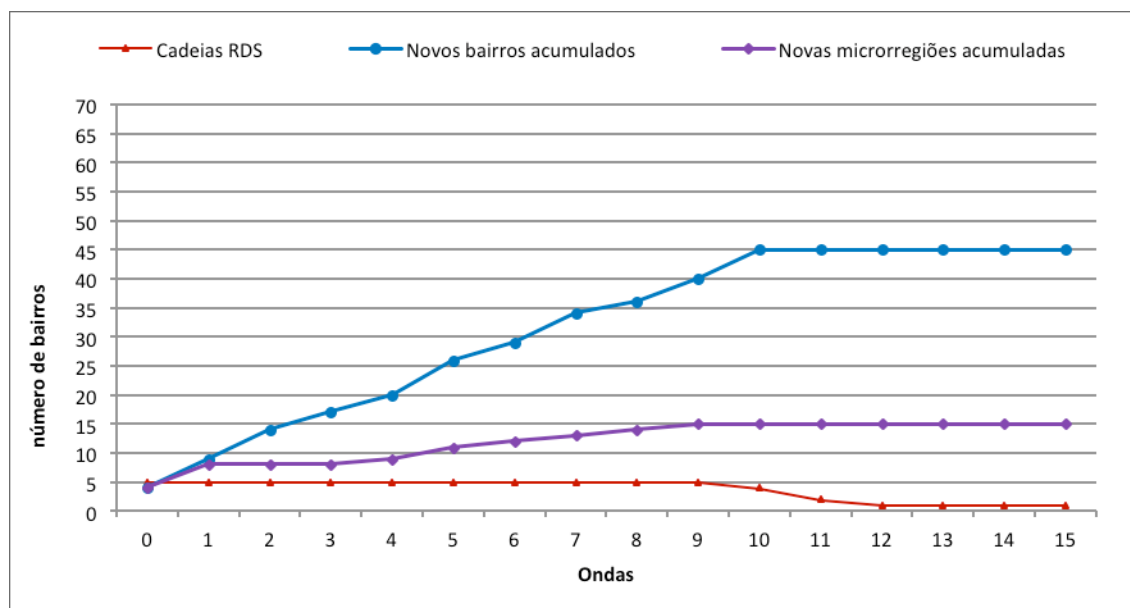
Dos 400 entrevistados, 318 registraram o bairro, comunidade ou favela onde moravam e onde haviam usado drogas nos últimos seis meses, sendo as comunidades ou favelas posteriormente identificadas por bairro, ficando apenas três sem serem localizadas. Vários entrevistados registraram duas a três comunidades e/ou favelas onde haviam utilizado drogas em um mesmo bairro, que foi contabilizado apenas uma vez para cada indivíduo.

Entre os 82 entrevistados que não registraram informações sobre os bairros está a semente 6, residente na RPA 4, que não sabia escrever e não quis auxílio para responder a entrevista. A análise da distribuição espacial da amostra recrutada foi então realizada com 80% da amostra (318 de 400) que tinham informação sobre os lugares de moradia e onde haviam feito uso de drogas.

A figura 5 apresenta a difusão da amostra em relação às microrregiões e aos bairros de moradia, por onda de recrutamento. Das 18 microrregiões do Recife, 15 (83%) foram

contempladas até a onda 9 e dos 94 bairros, 45 (48%) foram contemplados até a onda 10, uma média de 4 novos bairros a cada onda, com desvio padrão da média (DP) de 1. A partir da onda 12 permanece apenas uma cadeia de referência, não sendo mais referidos novos bairros pela amostra.

Figura 5 – Difusão espacial do recrutamento de usuários de drogas ilícitas pelo método *respondent-driven sampling* (RDS) por local de moradia, segundo ondas de recrutamento. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009



Fonte: a autora.

Na tabela 3 observa-se que cerca da metade dos recrutados das cadeias de referência 1 e 5 residiam no mesmo bairro da semente que iniciou o recrutamento, mas todas as cadeias se expandiram em média por 3 RPAs (DP=0,7), 6 microrregiões (DP=1,5) e 12 bairros (DP=4,3). Entre as cinco cadeias de referência, a iniciada pela semente 5 foi a que apresentou o desempenho mais fraco, porém, além de ser uma das menores, foi a que teve o menor percentual de entrevistados com informações de bairros (68%).

Tabela 3 – Regiões político-administrativas (RPAs), microrregiões (MRs) e bairros segundo cadeia de referência (semente). Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009.

Cadeia de referência	Entrevistados		Nº de RPAs	Nº de MRs	Nº de bairros	Frequência do bairro da semente
	Total	C/Informação (%)				
1	71	63 (88,7%)	3	7	14	46,0%
3	216	172 (79,6%)	4	7	19	18,6%
4	66	50 (75,8%)	3	6	11	18,0%
5	25	17 (68,0%)	2	3	6	47,1%
6	22	16 (72,7%)	4	6	10	?
Total	400	318 (79,5%)	-	-	-	-
Média (DP)	-	-	3,2 (0,7)	5,8 (1,5)	12 (4,3)	-

Fonte: a autora. Notas: ? sem informação do bairro de moradia da semente; DP: desvio padrão da média.

Para elaborar os mapas que ilustram os bairros de moradia dos usuários de drogas recrutados, os mesmos foram agrupados acumuladamente por ondas, a fim de permitir a visualização da propagação e da frequência do recrutamento por bairro. Na figura 6 observa-se que foram incorporados diferentes bairros durante todo o recrutamento nas RPAs 2, 3 e 5. Na RPA 6 o recrutamento encerrou nas três primeiras ondas, e só a partir da onda 4, tem início na RPA 4 e contempla bairros diferentes da moradia da semente na RPA 1.

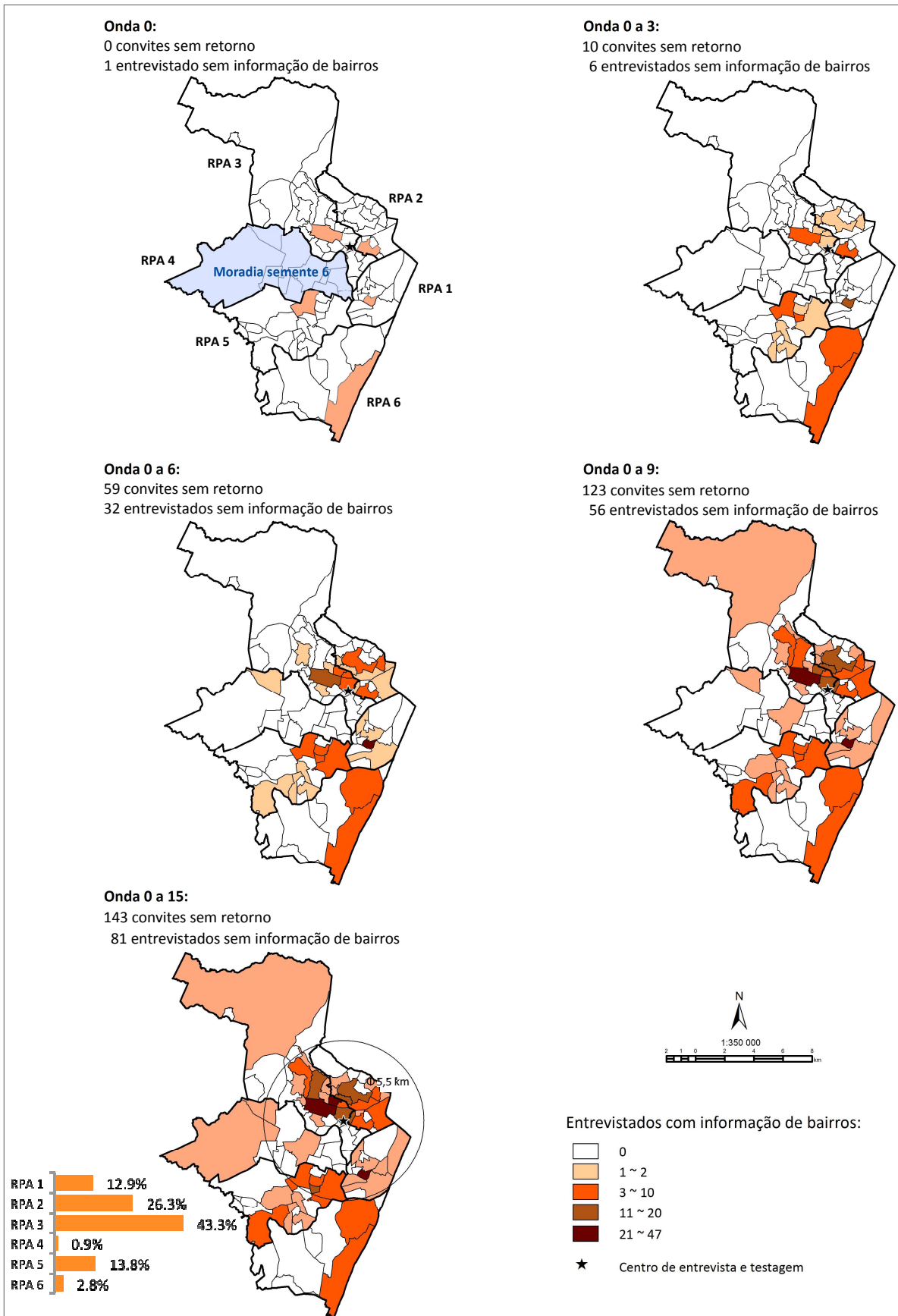
No mapa “onda 0 a 15” da figura 6 verifica-se maior concentração de recrutados residentes nas RPAs 2 e 3, principalmente em bairros próximos ao CET (num raio de 5,5 km) que fica situado na RPA 3, região que concentra nove dos onze bairros com mais de 10 usuários entrevistados. Em seguida aparecem as RPAs 1 e 5 e em menor proporção, as RPAs 6 e 4, sendo esta última com menos de 1% dos entrevistados. Apesar da maior concentração em quatro das seis RPAs, o recrutamento alcançou usuários de drogas que moram em bairros mais periféricos e distantes do CET, inclusive em bairros que fazem divisa com outros municípios.

O menor percentual observado por bairro de usuários entrevistados foi de 0,3% e o maior foi de 14,8%, tendo 22 dos 45 bairros referidos como local de moradia concentrado 90% da amostra, conforme a distribuição percentual da amostra apresentada no apêndice C.

A fim de comparar a distribuição da amostra com a distribuição da população residente, utilizou-se os dados da projeção populacional do IBGE para o ano de 2010. Conforme a figura 7, observa-se que 82,5% dos usuários de drogas entrevistados referiram morar nas RPAs 1, 2 ou 3, cerca do dobro do percentual da população residente. Nas RPAs 4 e 6, o percentual de entrevistados foi consideravelmente menor do que o da população residente, e na RPA 5 houve uma melhor aproximação entre estas duas distribuições.

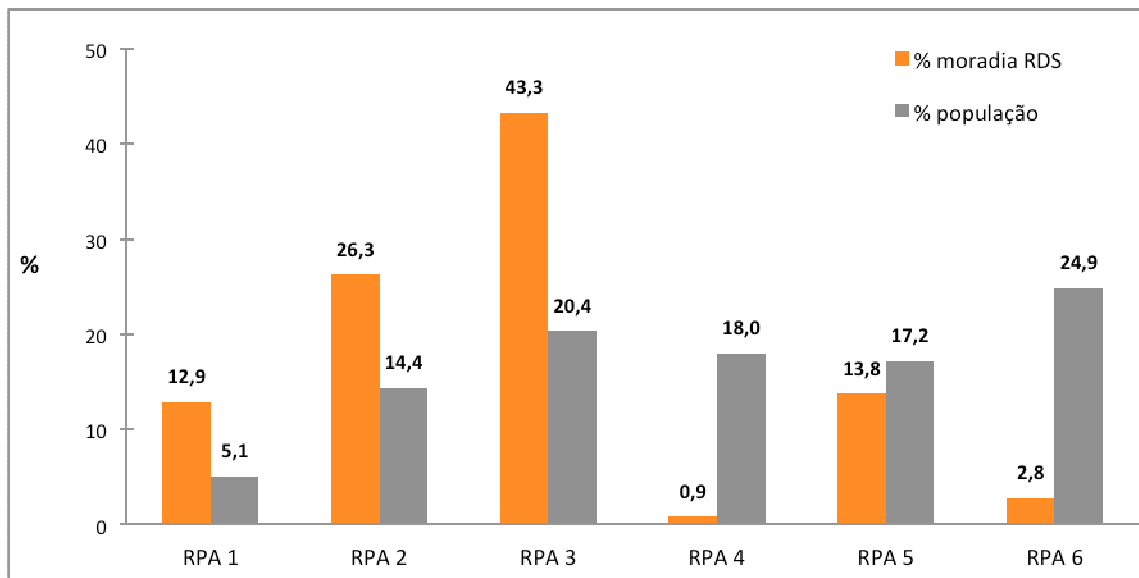
A figura 8 apresenta a difusão espacial da amostra em relação aos bairros onde os entrevistados referiram ter usado drogas nos seis meses anteriores ao estudo, por onda de recrutamento. Sessenta e sete bairros (71%) foram referidos como local de uso pela amostra recrutada. Já na onda 0 são mencionados pelas sementes 13 bairros e 10 das 18 microrregiões. Na onda 7 todas as microrregiões já haviam sido indicadas e até a onda 9 são registrados diferentes bairros, com uma média de 7 novos bairros por onda (DP=4,2).

Figura 6 – Distribuição dos usuários de drogas recrutados pelo método *respondent-driven sampling*, segundo bairro de moradia e onda de recrutamento. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009



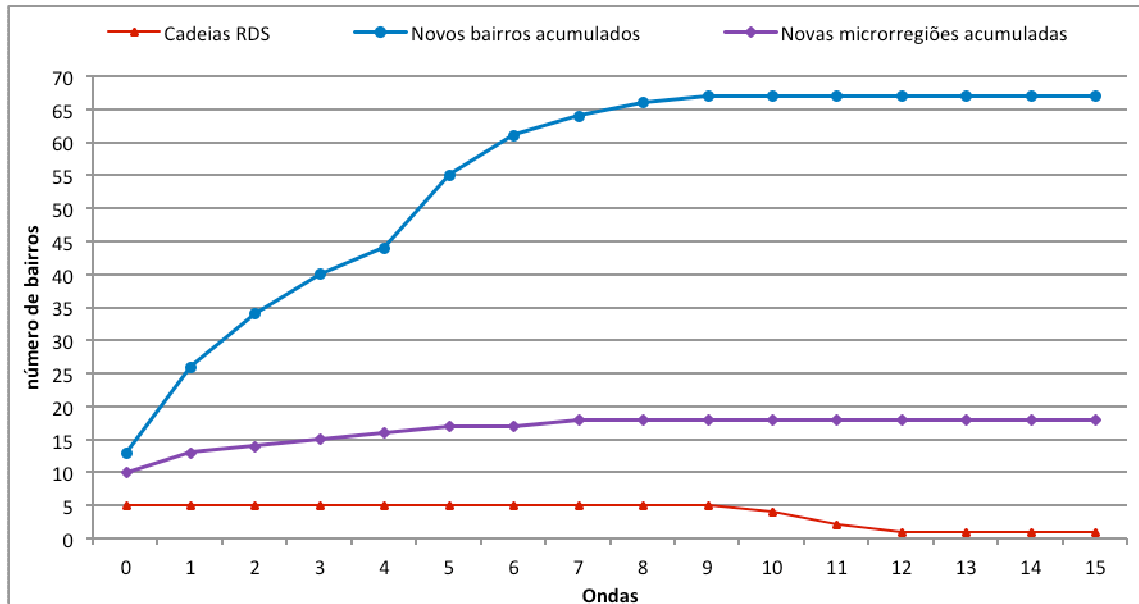
Fonte: a autora.

Figura 7 – Distribuição dos usuários de drogas ilícitas recrutados pelo método *respondent-driven sampling* (RDS) e da população geral por região político-administrativa (RPA) de moradia. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009



Fonte: a autora, utilizando dados das projeções populacionais do IBGE (2010).

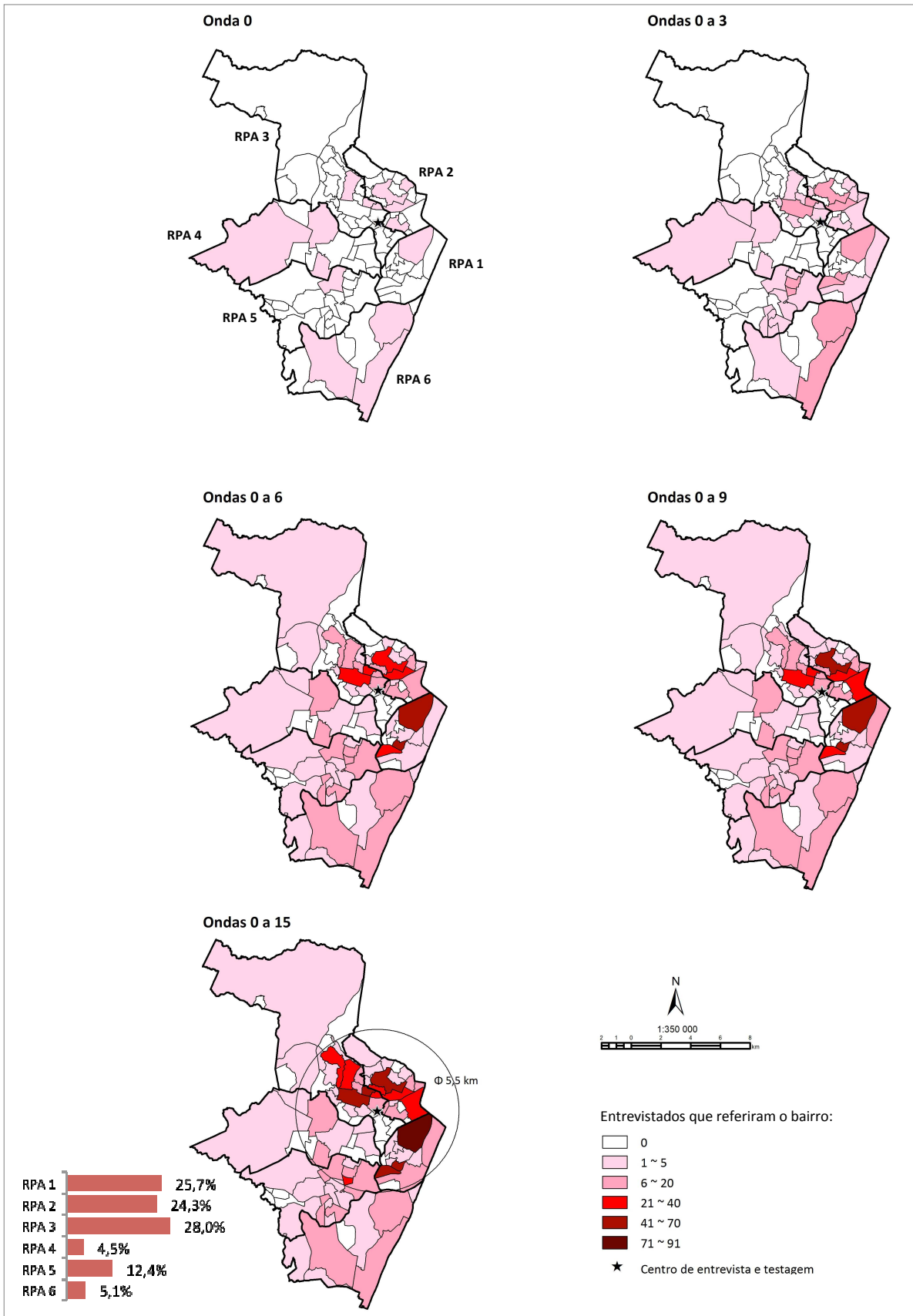
Figura 8 – Difusão espacial do recrutamento de usuários de drogas ilícitas pelo método *respondent-driven sampling* (RDS) por local de uso de drogas, segundo ondas de recrutamento. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009



Fonte: a autora.

Os mapas ilustrando os bairros onde os recrutados fizeram uso de drogas ilícitas, exceto maconha, nos seis meses anteriores ao estudo são apresentados na figura 9. Verifica-se ampla incorporação de bairros a cada onda, sendo incorporados novos bairros nas RPAs 1, 2 e 3 ao longo de todo o recrutamento. Estas Regiões foram as mais referidas e os bairros próximos ao CET (num raio de 5,5 km) apresentaram as maiores frequências.

Figura 9 – Distribuição dos usuários de drogas recrutados pelo método *respondent-driven sampling*, segundo bairro onde usaram drogas e onda de recrutamento. Projeto “Onda da Saúde”, Recife, 2009



Fonte: a autora.

Nos mapas “ondas 0 a 15” das figuras 6 e 9 observa-se que dos 27 bairros que não foram registrados nem como local de moradia, nem como local de uso de drogas, 15 ficam próximos ao CET (num raio de 5,5 km). O menor percentual observado de usuários entrevistados que referiram ter utilizado drogas no bairro foi de 0,1% e o maior foi de 10,5%, tendo 33 dos 67 bairros referidos como local de uso de drogas concentrado 90,6% da amostra, conforme a distribuição percentual da amostra apresentada no apêndice C.

Conforme descrito no método, subseção 3.7.1, para melhor analisar a abrangência do recrutamento de usuários de drogas pelo método RDS no Recife comparou-se sua distribuição espacial quanto aos locais onde consumiu drogas, com a distribuição dos registros policiais (InfoPol/SDS-PE) de uso, posse ou tráfico de drogas no ano de 2009 e das cenas de uso de crack mapeadas para a Pesquisa Nacional sobre o Perfil dos Usuários de Crack. Dos 94 bairros do Recife, 81 (86%) tiveram registros policiais de uso, posse ou tráfico de drogas, 64 (68%) tiveram cenas de uso de crack mapeadas e 10 (10,6%) não tiveram nenhuma das duas ocorrências (apêndice C).

Na figura 10 nota-se que os registros policiais de uso, posse ou tráfico de drogas tem maior concentração na RPA 1. Tomando estes registros como uma aproximação das regiões onde há maior atividade psicotrópica de uso e venda de drogas, observa-se que o mapeamento de cenas foi pouco sensível na RPA 2, apresentando percentual de cenas mais de três vezes menor do que o de registros policiais. Na RPA 5 esta relação foi inversa, tendo o mapeamento apresentado um percentual de cenas quase o dobro do observado para o registros policiais. Contudo, exceto nas RPAs 2 e 3, o padrão de distribuição por bairro destas duas ocorrências são semelhantes.

Foram mencionados pela amostra RDS 77% (62 de 81) dos bairros que tiveram ocorrências policiais de uso, posse ou tráfico de drogas, e 81% (52 de 64) dos que apresentaram cenas de uso de crack mapeadas. Entre os 10 que não tiveram nenhuma das duas ocorrências, quatro foram registrados pela amostra RDS como locais de uso de drogas.

Comparando as distribuições por RPA dos locais de uso de drogas pela amostra RDS e dos registros policiais de uso, posse ou tráfico de drogas, observa-se que nas RPAs 1, 2 e 5 os percentuais foram semelhantes. Na RPA 3, onde localizou-se o CET, o percentual de usuários que referiam uso de drogas foi o dobro do observado para a distribuição dos registros policiais. Já nas RPAs 4 e 6 o percentual de uso indicado pela amostra foi pelo menos 3 vezes menor (figura 11).

Figura 10 – Distribuição dos registros policiais de tráfico, posse ou uso de droga em 2009¹ e das cenas de uso de *crack* mapeadas para a *Pesquisa Nacional sobre o Perfil dos Usuários de Crack* no período de fevereiro a abril de 2011, segundo bairros do Recife.

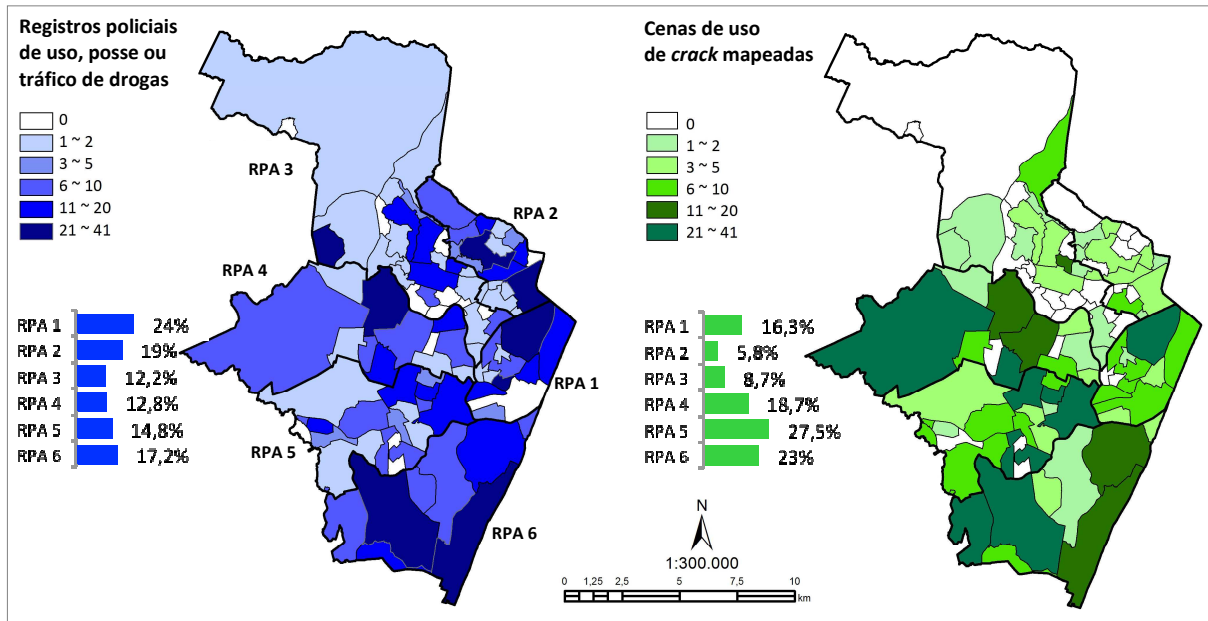
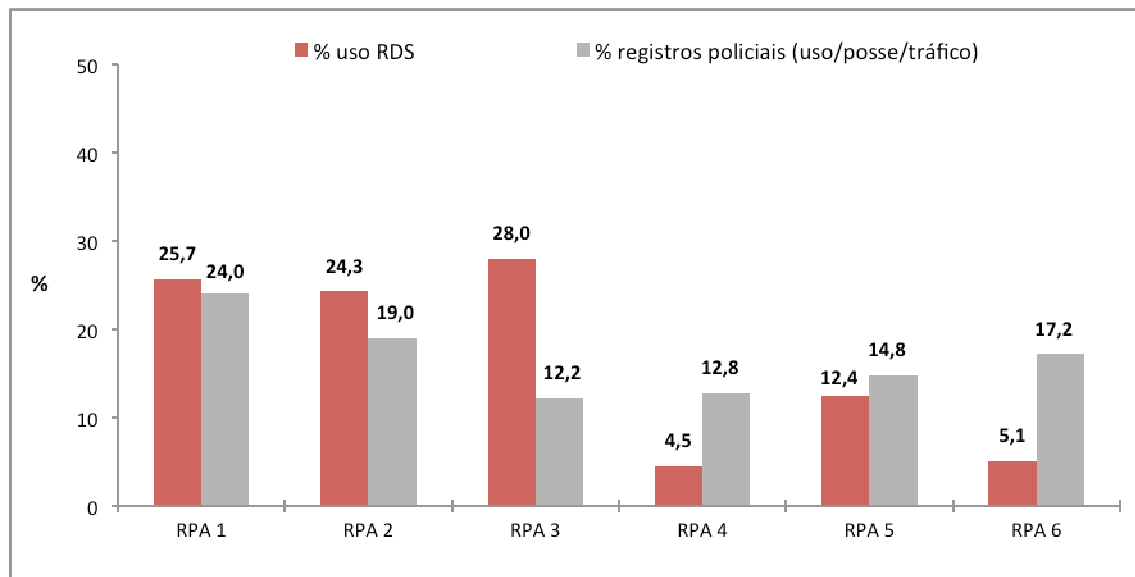


Figura 11 – Distribuição dos usuários de drogas ilícitas recrutados pelo método *respondent-driven sampling* (RDS) e dos registros policiais de uso, posse ou tráfico de drogas¹, segundo região político-administrativa do Recife (RPA).

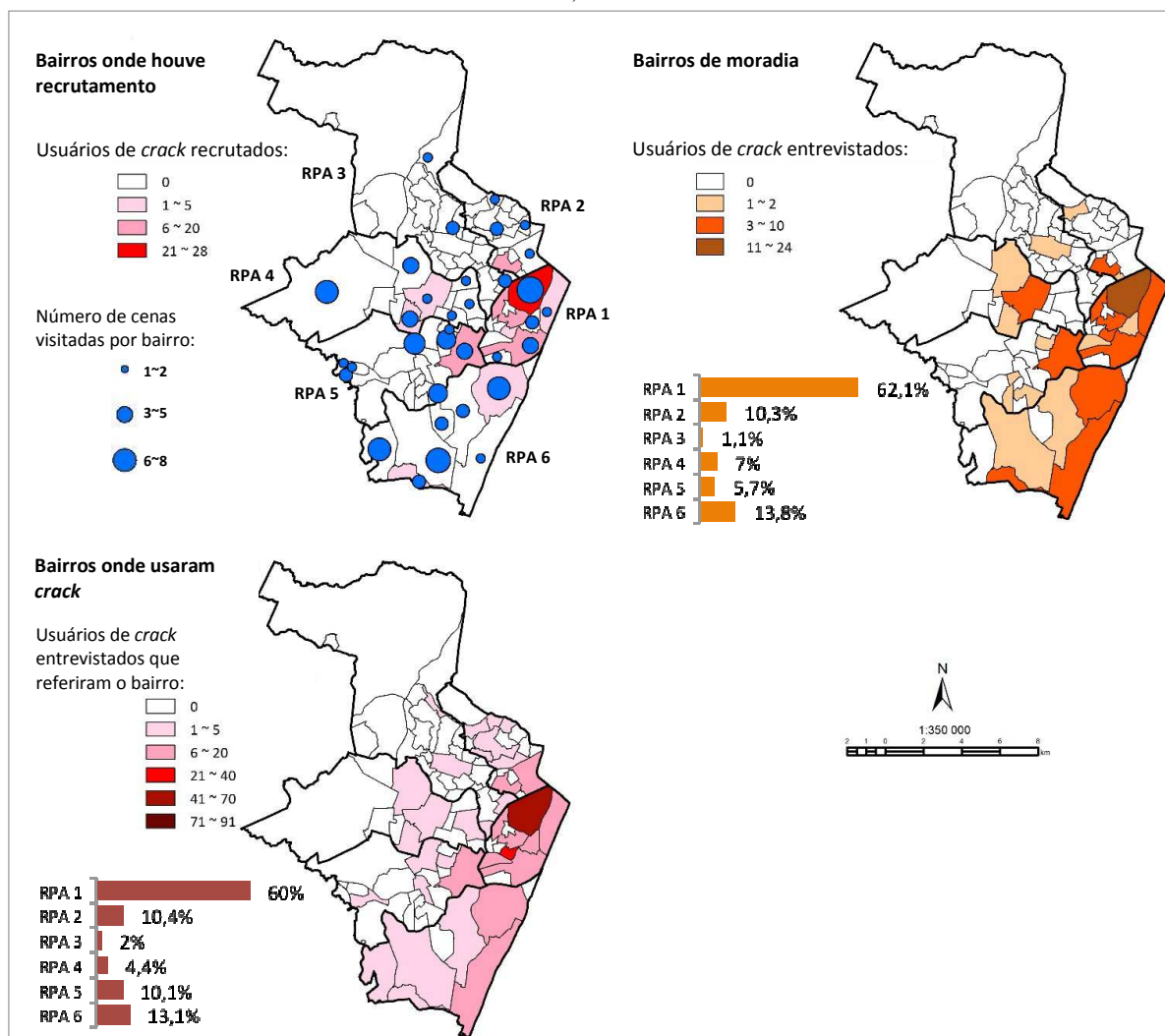


Os bairros referidos pela amostra RDS concentraram cerca de 90% dos registros policiais e das cenas de uso de *crack* mapeadas, cujas distribuições parecem estar relacionadas à heterogeneidade observada na distribuição da amostra. O bairro com maior percentual de registros policiais (5,6%) apresentou o segundo maior percentual de moradia da amostra RDS

(10%). O bairro com maior percentual de moradia (14,8%) é vizinho ao CET. O bairro com o segundo maior percentual de registros policiais (5,4%) apresentou o maior percentual de uso pela amostra RDS (10,5%) (apêndice C).

Conforme a figura 12, dos 64 bairros com cenas de uso de *crack* mapeadas, 40 foram sorteados para serem visitadas no estudo desenvolvido com o método *time-location sampling* (TLS) (bairros com círculos no mapa à esquerda), ocorrendo recrutamento de 88 usuários de *crack* em 11 deles. Dos 94 bairros do Recife, 24 (25,5%) foram mencionados pela amostra TLS como locais de moradia e 35 (37,2%) como locais onde haviam consumido *crack* nos últimos seis meses, aproximadamente metade do quantitativo de bairros referidos pelos 318 recrutados da amostra RDS que registraram tais informações.

Figura 12 – Distribuição dos usuários de *crack* recrutados pelo método *time-location sampling*, segundo bairros de recrutamento, moradia e uso de drogas. Pesquisa Nacional sobre o Perfil do Usuário de Crack, Recife, 2011/2012.



Fonte: a autora.

Nota: nos bairros visitados o tamanho dos círculos é proporcional à quantidade de cenas visitadas no bairro.

Observando a distribuição da amostra TLS por RPA, verifica-se que 60% dos recrutados moravam e faziam uso de *crack* na RPA 1, tendo um único bairro nesta Região concentrado 28% da moradia e 25% do uso. A RPA 4 representou 7% da moradia (referida como moradia de menos de 1% da amostra RDS), e a RPA 3 apenas 1% da moradia e 2% do uso (figura 12).

Os dados apresentados na tabela 4 mostram a mobilidade dos recrutados na amostra RDS em relação à moradia e ao uso de drogas. Quase 80% referiram ter morado na mesma cidade nos cinco anos anteriores e no mesmo bairro nos seis meses anteriores. Quanto ao uso de drogas, entre os 318 com informações sobre os bairros, 33,9% haviam usado drogas em dois a três bairros e 31% em quatro a seis bairros, metade deles em pelo menos duas RPAs. Na amostra TLS a mobilidade foi ainda maior, metade dos entrevistados referiu ter utilizado *crack* em dois a três bairros e 22% em quatro a seis bairros (dados não tabulados).

Tabela 4 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características de mobilidade em relação à moradia e ao consumo de drogas. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Característica	N	n ¹	% ²	IC 95% ²
Nº de cidades onde morou nos últimos 5 anos				
1	400	310	76,3	69,3 – 82,1
2 a 3	400	77	19,2	13,8 – 25,9
4 ou mais	400	13	4,6	2,4 – 8,5
Nº de bairros onde morou nos últimos 6 meses				
1	400	325	78,3	70,9 – 84,2
2 a 3	400	66	19,1	13,4 – 26,5
4 ou mais	400	9	2,5	1,1 – 5,6
Bairros onde usou drogas nos últimos seis meses*				
Somente no bairro onde mora	317	75	24,8	18,7 – 32
Somente em outros bairros	317	77	20,3	14,9 – 27
No bairro onde mora e em outros bairros	317	165	54,9	46,8 – 62,8
Nº de bairros onde usou drogas nos últimos 6 meses*				
1	318	101	35,1	27,5 – 43,5
2 a 3	318	109	33,9	26,7 – 41,9
4 a 6	318	108	31,0	23,9 – 39,2
Nº de RPAs onde usou drogas nos últimos 6 meses				
1	318	155	50,4	42,2 – 58,6
2 ou 3	318	157	48,0	39,8 – 56,2
4	318	6	1,6	0,6 – 4,6
Uso de drogas fora do Recife nos últimos 2 anos				
Usou drogas em mais 1 cidade	400	48	14,5	9,5 – 21,5
Usou drogas em 2 a 3 cidades	400	40	6,5	4,3 – 9,7
Usou drogas em 4 a 5 cidades	400	23	3,9	2,3 – 6,4
Não informaram as cidades onde usaram drogas fora de Recife	400	36	8,8	5,6 – 13,6
Não usaram drogas fora de Recife	400	253	66,3	59,1 – 72,8
Regiões onde usou drogas nos últimos 2 anos				
Em outros municípios de Pernambuco	111	93	83,8 ¹	-
Nordeste	111	27	24,3 ¹	-
Sudeste	111	7	6,3 ¹	-
Norte	111	1	0,9 ¹	-

Fonte: a autora. Notas: ¹ Valores não ponderados; ²Valores ponderados pelo estimador RDS II; * Limitado aos 5 mais frequentados, mais o de moradia, caso o tenha indicado como local de uso; IC, intervalo de confiança.

Cerca de um quarto dos entrevistados consumia drogas somente no local onde morava e do total da amostra (N=400), em torno de 34% referiram ter consumido drogas fora do Recife nos dois anos anteriores ao estudo, 14,%% em mais uma cidade, 6,5% em duas a três cidades e 3,9% em quatro a cinco cidades. Entre os que informaram as cidades nas quais usaram drogas fora de Recife (n=111), a maioria referiu municípios de Pernambuco (83,8%) e do Nordeste (24,3%), sendo ainda registradas cidades das Regiões Sudeste e Norte (tabela 4).

Dos 185 municípios pernambucanos, 41 (22%) foram referidos pelos 111 entrevistados, incluindo 13 dos 14 que compõem a região metropolitana. Os demais, localizam-se por toda a extensão leste/oeste do Estado, sendo Petrolina o mais distante, a 714 km do Recife, no Sertão do São Francisco (apêndice D). O consumo de drogas em cidades fora de Pernambuco ocorreu em onze estados: Pará na Região Norte; Maranhão, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Alagoas, Bahia e Sergipe na Região Nordeste; Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais na Região Sudeste (apêndice E).

5.2 Caracterização dos usuários de drogas ilícitas

A tabela 5 apresenta as principais características sociodemográficas dos usuários de drogas ilícitas entrevistados (N=400). A maioria tinha idade entre 18 e 34 anos (média = 29 anos; DP = 9,4 anos; idade máxima = 58 anos; mediana = 27 anos) e em torno de 70% eram do sexo masculino, pardos, não moravam com companheiro e tinham filhos. Cerca de 10% não frequentou a escola, 24% não sabiam escrever e a maioria não tinha completado o Ensino Fundamental 2, e menos de 1% tinham ou estavam cursando o Ensino Superior. Apenas 4% tinham emprego formal e metade declarou não estar trabalhando. A maioria não tinha rendimentos (38%) ou tinha abaixo de um salário mínimo (48%). Nos seis meses anteriores ao estudo, 49,4% moravam com duas a cinco pessoas e 23,3% com mais de seis, com os pais 44,5% e/ou com os filhos 30,3%, sendo que 22% estavam vivendo em situação de rua.

Na tabela 6 são descritas as drogas consumidas nos 12 meses anteriores ao estudo e aspectos do padrão de uso. Quase todos os indivíduos (96,4%) utilizavam crack, mas se diferenciavam pela forma de consumo, informação que foi registrada em diário de campo a partir dos relatos durante as entrevistas de elegibilidade. Semelhante às sementes, foi possível identificar o uso de *crack* em cachimbos improvisados (com latas de bebidas, tubos/canos plásticos ou de metal), em cigarros misturados à maconha (*melado/mesclado*) ou tabaco (*capeta*) e o uso intranasal após sua transformação em pó (*virado*).

Tabela 5 – Distribuição dos usuários de drogas (N=400) segundo características sociodemográficas. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Característica	n ¹	% ²	IC 95% ²
Faixa Etária			
18-24	165	38,3	31,7 – 45,3
25-34	152	38,0	31,2 – 45,3
35-49	72	19,7	14,2 – 26,6
50-64	11	4,0	1,3 – 11,6
Sexo			
Masculino	300	70,6	63,1 – 77,2
Feminino	100	29,4	22,8 – 36,9
Raça/cor			
Moreno/mulato/pardo/marrom	274	70,9	64,2 – 76,8
Branco	73	20,2	14,9 – 26,8
Preto	36	6,9	4,6 – 10,2
Amarelo	10	1,1	0,5 – 2,2
Indígena	7	0,9	0,3 – 2,4
Estado Conjugal			
Solteiro, separado, divorciado ou viúvo	274	67,0	59,8 – 73,5
Casado ou mora com companheiro	126	33,0	26,5 – 40,2
Número de filhos			
Com filhos	253	67,5	60,9 – 73,5
Sem filhos	147	32,5	26,5 – 39,1
Escolaridade			
Nenhuma	29	10,3	6,0 – 17,2
1 a 3 anos (Ensino Fundamental 1 incompleto)	64	18,1	13,3 – 24
4 a 7 anos (Ensino Fundamental 2 incompleto)	197	49,9	42,6 – 57,1
8 a 11 anos (Ensino Médio completo ou incompleto)	104	21,2	16,3 – 27,1
12 anos ou mais (Ensino Superior completo ou incompleto)	6	0,6	0,2 – 1,4
Sabe escrever			
Sim	323	76,5	69,4 – 82,4
Não	77	23,5	17,6 – 30,6
Situação de trabalho atual			
Empregado c/ carteira ou vínculo público	18	4,0	2,3 – 7,0
Empregado s/ carteira ou trabalho por conta própria	185	46,5	39,3 – 53,9
Não trabalha atualmente	197	49,5	42,2 – 56,8
Renda mensal			
Nenhuma renda	144	38,1	31,3 – 45,3
< 1 salário mínimo	191	47,8	40,5 – 55,2
>=1 salário mínimo	65	14,1	10,4 – 18,9
Nº de pessoas com quem mora			
Sozinho	44	11,7	8,0 – 16,7
1	61	15,6	11,0 – 21,6
2 a 5	213	49,4	42,2 – 56,7
6 ou mais	82	23,3	17,2 – 30,9
Parentes com quem mora (exceto parceiros)			
Mãe e/ou pai	193	44,5	37,5 – 51,8
Filhos	121	30,3	24,0 – 37,4
Outros parentes	150	40,6	33,5 – 48,1
Lugar onde viveu maior parte do tempo nos últimos 6 meses			
Casa própria, de parceiro, parentes ou amigos	277	68,9	61,8 – 75,2
Quarto alugado ou pago por dia	32	6,1	3,9 – 9,5
Sem endereço fixo ou em abrigos mantido pelo governo	87	22,1	17 – 28,3
Delegacias/prisões ou instituição de tratamento/hospitais	4	2,9	0,6 – 12,3

Fonte: a autora.

Notas: ¹Valores não ponderados; ²Valores ponderados pelo estimador RDS II; IC, intervalo de confiança.

Tabela 6 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características relacionadas ao seu consumo. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009.

Característica	N	n¹	%²	IC 95%²
Drogas usadas nos últimos 12 meses*				
<i>Crack</i>	400	386	96,4	93,1 – 98,1
Bebidas alcoólicas	400	354	85,6	78,8 – 90,6
Maconha	400	332	79,9	73,6 – 84,9
Cocaína em pó	399	190	41,3	34,6 – 48,4
Tranquilizantes e sedativos sem prescrição médica	400	159	33,4	27,4 – 40
Pasta base	400	33	8,2	5,3 – 12,4
Drogas sintéticas (ecstasy, etc)	400	30	7,7	4,6 – 12,5
Alucinógenos (LSD, etc)	399	25	5,7	3,5 – 9,1
Anfetaminas/metanfetaminas	400	21	4,3	2,5 – 7,3
Drogas injetáveis	399	14	3,1	1,4 – 6,9
Usou drogas injetáveis na prisão	125	13	13,2	6,5 – 24,9
Última vez que usou drogas				
0 a 7 dias (última semana)	400	376	90,9	84 – 95
7 a 30 dias (de uma semana a um mês atrás)	400	19	8,4	4,4 – 15,4
2 a 6 meses atrás	400	5	0,7	0,3 – 1,8
Frequência do uso de <i>crack</i> nos últimos 30 dias				
			96,4	93,1 – 98,1
Menos de 1 dia por semana/não usou	386	36	8,6	5,6 – 12,9-
Até 3 dias por semana	386	91	33,4	26,1 – 41,5
4 a 6 dias por semana	386	76	15,6	11,5 - 20,8
Todos os dias da semana	386	183	42,5	35,4 - 49,9
Idade de início do uso de drogas ilícitas, exceto maconha				
8 a 10 anos	400	10	3,5	1,5 – 7,9
11 a 15 anos	400	87	23,0	20,2 – 33,8
16 a 18 anos	400	105	23,6	18,4 – 29,8
19 a 25 anos	400	99	22,7	17,6 – 28,7
26 a 39 anos	400	80	19,0	20,8 – 34,9
40 a 54 anos	400	19	8,2	3,9 – 16,7
Tempo de uso de drogas ilícitas, exceto maconha				
Menos de 1 ano	400	9	2,1	0,9 – 5
1 a 3 anos	400	98	27,8	21,6 – 35
4 a 5 anos	400	94	21,5	16 – 28,1
6 a 10 anos	400	119	28,4	22,4 – 35,3
10 a 19 anos	400	51	14,2	14,8 – 26,8
20 a 39 anos	400	29	6,0	3,8 – 9,3
Tratamento p/ interromper ou reduzir uso de drogas na vida	399	95	23,6	18,2 – 30,1
Tratamento p/ interromper ou reduzir uso de drogas nos últimos 12 meses	95	60	72,1	60,0 – 81,7
Local onde costuma usar drogas ilícitas, exceto maconha*				
No lugar onde moro	400	214	56,1	48,9 – 63,0
Na casa de um amigo/conhecido	400	205	45,1	38,1 – 52,3
Na casa do meu parceiro sexual	400	48	10,8	7,2 – 15,7
Na casa de um parente	400	45	9,8	6,8 – 13,9
Na residência de traficante/outro local onde se consome drogas	400	73	13,8	10,1 – 18,8
Abrigo mantido pelo governo	400	11	4,9	1,8 – 12,4
Em bailes/clubes/festas	400	105	20,6	16,0 – 26,2
Algum lugar público (praça, parque)	400	178	41,7	34,7 – 49,0
Tipo de local onde referiu usar drogas ilícitas, exceto maconha				
Apenas em casas	400	185	50,3	43,0 – 57,6
Apenas em praças, parques, bailes, clubes e festas	400	59	15,1	10,9 – 20,6
Em ambos os locais (casas, praças, parques, bailes, clubes e festas)	400	156	34,6	28,1 – 41,7
Usou drogas em centro de recuperação para menores	62	32	41,7	25,2 – 60,3

Fonte: a autora.

Notas: ¹ Valores não ponderados; ²Valores ponderados pelo estimador RDS II; *Todas as respostas pertinentes; IC, intervalo de confiança.

De acordo com a tabela 6, 91% haviam feito uso de drogas ilícitas no dia ou até sete dias antes da entrevista. Nos 30 dias anteriores ao estudo, 42,5% haviam consumido *crack* todos os dias da semana e 15,6% de quatro a seis dias. Depois do *crack*, o álcool (86%) e a maconha (80%) foram as drogas mais consumidas, seguidas por cocaína cheirada (41%) e tranquilizantes (33%). O uso de drogas injetáveis nos últimos 12 meses foi referido por 3% dos indivíduos, sendo este percentual quatro vezes maior entre os que estiveram presos e fizeram uso injetável na prisão (13,2%). Dos que utilizaram drogas injetáveis nos últimos 12 meses (n=14), 22,5% compartilharam seringas e agulhas neste período (dado não tabulado).

Em relação ao início do uso de drogas consideradas ilícitas (exceto maconha), metade tinha 19 anos ou menos (média = 21,9 anos; DP = 9,6 anos; mediana = 19 anos). Como exposto na tabela 6, o início do uso de drogas foi relatado desde a infância, entre oito e dez anos (3,5%), até a vida adulta, após os 40 anos (8,2%). Em relação ao tempo de uso de drogas ilícitas, foi mais frequente a faixa entre 6 e 10 anos (28,4%), poucos entrevistados consumiam há menos de um ano (2%) e 6% usavam há mais de 20 anos. Em relação ao tratamento para interromper ou reduzir o uso de drogas, 24% dos entrevistados referiram já ter feito alguma vez na vida, 72% destes nos últimos 12 meses.

Os locais mais frequentemente mencionados onde costumavam usar drogas foram: lugar onde mora (56%), casa de amigos ou conhecidos (45%), lugares públicos (41%) e bailes, clubes ou festas (20,6%). Quase 14% mencionaram usar na casa de traficantes. Entre os que estiveram em centros de recuperação para menores (n=62), 42% utilizaram nestas instituições.

Considerando todos os locais assinalados pelo entrevistado onde costumava usar drogas, metade só referiu usar em sua própria residência ou na casa do parceiro, de parentes ou de amigos (tabela 6). Nos grupos da pesquisa formativa houve relatos de usuários que cedem a casa para o uso de *crack*, e em troca são abastecidos com a droga; de casas onde os usuários ficam por vários dias consecutivos, sendo o *crack* muitas vezes fornecido a domicílio (delivery) – quando referem que estavam “internados na clínica”; e de barracos que são alugados para esta finalidade.

A tabela 7 traz alguns indicadores sobre discriminação e violência. A maior parte das pessoas se sentia discriminada por usar drogas (80,3%), mas também por sua condição socioeconômica (55,3%), cor da pele (25,5%) e opção sexual (19%). Nos últimos 12 meses, 41% referiram que muitas vezes alguém fez com que se sentisse mal com respeito a si mesmo ou que foram humilhados, e 19% que muitas vezes foram ameaçados fisicamente.

Tabela 7 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características relacionadas ao estigma, discriminação, violência e criminalidade. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Característica	N	n ¹	% ²	IC 95% ²
Se sentiu discriminado por uma pessoa ou instituição nos últimos 12 meses				
Pelo fato de usar drogas	400	328	80,3	73,5 – 85,7
Por falta de dinheiro ou condição social	400	228	55,3	47,9 – 62,3
Por sua cor ou raça	400	93	25,5	19,2 – 33,0
Por sua opção sexual	399	73	19,1	13,8 – 25,8
Frequência com que foi xingado, humilhado ou o fizeram se sentir mal a respeito de si mesmo nos últimos 12 meses				
Nenhuma vez	399	111	28,1	22,5 – 34,6
Uma vez	399	65	15,4	11,1 – 20,9
Poucas vezes	399	78	15,2	11,1 – 20,5
Muitas vezes	399	145	41,2	33,9 – 49
Frequência com que alguém ameaçou bater nos últimos 12 meses				
Nenhuma vez	399	200	48,9	41,7 – 56,2
Uma vez	399	73	19,0	13,5 – 26,1
Poucas vezes	399	59	12,5	8,6 – 17,8
Muitas vezes	399	67	19,6	13,7 – 27,2
Foi agredido fisicamente nos últimos 12 meses				
Agressor físico				
Familiar	186	24	15,0	7,8 – 27,0
Companheiro/cônjuge/parceiro sexual fixo	186	27	14,7	8,5 – 24,2
Conhecido	186	56	31,4	21,7 – 43,1
Parceiro sexual não fixo	186	6	5,7	1,2 – 22,3
Outro usuário de droga ou um traficante	186	23	7,8	4,1 – 14,5
Desconhecido (assaltante, bandido, ladrão etc)	186	17	8,6	4,9 – 14,8
Autoridade policial	186	33	16,7	10,8 – 25,0
Foi forçado fisicamente a ter relações sexuais alguma vez na vida				
Forçou alguém a ter relações sexuais alguma vez na vida				
Já esteve em centro de recuperação para menores				
Já esteve preso				

Fonte: a autora.

Notas: ¹ Valores não ponderados; ² Valores ponderados pelo estimador RDS II; IC, intervalo de confiança.

Metade dos usuários havia sido agredida nos últimos 12 meses, em sua maioria por pessoas do seu convívio: familiares (15%), cônjuges ou parceiros sexuais fixos (14,7%) e conhecidos (31,4%). Indicaram uma autoridade policial como o agressor 17% dos usuários. Já foram presos (presídios ou delegacias) 30% dos usuários e 16% estiveram em centros de recuperação para menores (tabela 7).

Quanto à violência sexual, 21% já haviam sido forçados a terem relações sexuais e 3% referiram ter forçado alguém (tabela 7). A proporção de violência sexual entre as mulheres (42,5%) foi três vezes maior do que a proporção observada entre os homens (12,4%), diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$; razão de prevalência = 3,4) (apêndice F).

Na tabela 8 estão as variáveis de estudo acerca do conhecimento e fontes de informação sobre HIV e do acesso a preservativos. Entre os usuários de drogas ilícitas, 40% haviam recebido aconselhamento e/ou material educativo sobre DST/aids e 14% conheciam alguma ONG que trabalha com o tema. Mais de 80% declararam ter tido acesso a preservativos nos últimos 12 meses, 75% de forma gratuita.

Tabela 8 – Distribuição dos usuários de drogas (N=400) segundo conhecimento e fontes de informação sobre DST/aids e acesso a preservativos. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Característica	n ¹	% ²	IC 95% ²
Recebeu aconselhamento nos últimos 12 meses	162	41,1	34,1 – 48,4
Recebeu material educativo nos últimos 12 meses	159	38,9	32 – 46,2
Conhece grupo organizado, movimento social ou ONG que trabalha com HIV/aids	62	14,2	10,4 – 19,2
Comprou preservativos	131	33,4	26,8 – 40,7
Recebeu gratuitamente preservativos	312	75,0	67,9 – 81
Comprou e/ou recebeu preservativos	336	81,7	75,0 - 86,9
Concorda com as afirmações			
Uma pessoa pode ser infectada pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais	390	97,1	93,8 – 98,7
Uma pessoa pode ser infectada pelo HIV ao compartilhar seringas ou agulhas com outras	386	95,0	90,3 – 97,5
Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV	354	84,2	77,7 – 89,1
Uma pessoa não pode se infectar com o HIV compartilhando talheres, copos ou refeições	224	52,5	45,2 – 59,7
Uma pessoa não pode ser infectada pelo HIV ao ser picado por um mosquito	189	47,5	40,3 – 54,9
Uma pessoa não pode ser infectada pelo HIV ao usar banheiros públicos	197	42,5	35,7 – 49,6
Uma mulher grávida que tenha o HIV, ao receber tratamento para Aids, diminui o risco de passar o vírus para o seu filho	226	59,9	52,6 – 66,7
Uma mulher grávida que está com Sífilis, ao receber tratamento para Sífilis durante a gravidez não passará a doença para o bebê	158	42,2	35,3 – 49,5
Conhecimento sobre a infecção pelo HIV*			
Não conhece	197	49,4	42,2 – 56,7
Conhece parcialmente**	85	23,0	17,4 – 29,8
Conhece	118	27,6	21,5 – 34,6

Fonte: a autora.

Notas: ¹Valores não ponderados; ²Valores ponderados pelo estimador RDS II; *Considerando as seguintes afirmações: pode se infectar se não usar preservativo nas relações sexuais; uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada; não pode se infectar por picada de inseto; não pode se infectar por compartilhar louças/refeições; **Acertam os fatores de riscos de infecção e erram pelo menos um dos outros fatores (equívocos quanto a falsos riscos); IC, intervalo de confiança.

Pelo menos 95% dos entrevistados sabiam do risco de se infectar com o HIV sem o uso do preservativo e compartilhando seringas ou agulhas, e 84% sabiam que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV. Contudo, 42,5% a 52,5% acreditavam que poderiam se infectar ao ser picado por um inseto, utilizando banheiros públicos ou compartilhando louças ou refeições. Verifica-se que apenas 27,6% acertaram quatro das cinco perguntas que compõem o indicador UNGASS de conhecimento sobre HIV – pode ser infectado se não usar preservativo nas relações sexuais; uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada; não pode ser infectado por picada de inseto; não pode ser infectado por compartilhar louças/refeições (tabela 8).

Ainda na tabela 8 nota-se que o tratamento de gestantes HIV positivas foi melhor reconhecido (60%) do que o tratamento de gestantes com sífilis (42%) enquanto medidas para proteção da criança durante a gestação.

A tabela 9 mostra as características a respeito dos comportamentos e práticas sexuais, incluindo o uso de preservativos. Metade dos entrevistados tiveram a primeira relação sexual antes dos 15 anos e 3,7% antes dos 10 anos. Declararam que eram bissexuais 13% e homossexuais 2%.

Tabela 9 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características relacionadas ao seu comportamento e práticas sexuais. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Característica	N	n¹	%²	IC 95%²
continua				
Idade da primeira relação sexual				
< 10 anos	399	18	3,7	2,0 – 6,6
11-14 anos	399	200	49,2	41,9 – 56,5
15-18 anos	399	158	40,3	33,3 – 47,6
> 18 anos	399	14	4,2	2,3 – 7,7
Não lembro	399	9	2,6	0,9 – 7,1
Parceiros sexuais atuais				
Heterossexuais	399	332	84,4	78,9 – 88,7
Bissexuais	399	55	13,2	9,3 – 18,5
Homossexuais	399	12	2,4	1,1 – 5,2
Relações nos últimos 12 meses				
Com parceiros fixos	399	270	64,3	56,7 – 71,3
Com parceiros casuais	399	218	50,7	43,4 – 58,0
Com parceiros comerciais	399	237	58,2	50,7 – 65,3
Recebendo dinheiro ou drogas em troca de sexo	399	155	36,6	30,2 – 43,7
Oferecendo dinheiro ou drogas em troca de sexo	399	121	28,7	22,6 – 35,7
Com parceiros casuais e/ou comerciais	399	307	73,0	65,3 – 79,5
Nº de parceiros fixos				
Uma pessoa	270	203	82,0	75,9 – 86,7
2 a 5 pessoas	270	62	16,4	11,9 – 22,3
6 a 10 pessoas	270	3	1,3	0,4 – 4,0
Mais de 10 pessoas	270	2	0,4	0,1 – 2,4
Nº de parceiros casuais				
Uma pessoa	218	65	38,6	28,9 – 49,3
2 a 5 pessoas	218	117	49,6	39,9 – 59,4
6 a 10 pessoas	218	15	5,1	2,6 – 9,9
Mais de 10 pessoas	218	21	6,6	3,8 – 11,2
Nº de parceiros sexuais de quem recebeu dinheiro ou drogas				
Uma pessoa	155	41	29,2	20,1 – 40,4
2 a 5 pessoas	155	57	32,7	23,7 – 43,1
6 a 10 pessoas	155	12	8,7	3,8 – 18,6
Mais de 10 pessoas	155	45	29,4	20,4 – 40,4
Nº de parceiros sexuais para quem ofereceu dinheiro ou drogas				
Uma pessoa	121	35	35,9	24,4 – 49,4
2 a 5 pessoas	121	61	42,3	30,5 – 55,1
6 a 10 pessoas	121	8	12,0	3,5 – 33,9
Mais de 10 pessoas	121	17	9,8	5,2 – 17,5
Uso de preservativo na primeira relação sexual	399	81	23,0	17,2 – 30,1

Tabela 9 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características relacionadas ao seu comportamento e práticas sexuais. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Característica	N	n ¹	% ²	conclusão
				IC 95% ²
Frequência do uso de preservativo nos últimos 12 meses				
Não usou/raramente/às vezes	400	159	41,6	34,6 – 48,9
Às vezes	400	101	24,6	18,3 – 32,1
Quase sempre	400	53	10,4	6,8 – 15,5
Sempre	400	87	23,5	18,2 – 29,8
Uso consistente (sempre) de preservativo nos últimos 12 meses				
Com parceiros fixos	270	51	20,5	14,7 – 27,9
Com parceiros casuais	218	81	46,9	37,1 – 57,0
Com parceiros comerciais	237	95	45,3	36,3 – 54,7
Recebendo dinheiro ou drogas em troca de sexo	155	60	36,3	26,6 – 47,2
Oferecendo dinheiro ou drogas em troca de sexo	121	53	54,3	41,4 – 66,7
Uso de preservativo na última relação sexual				
Com parceiro fixo	131	70	61,1	50,2 – 70,9
Com parceiro casual	162	107	73,1	63,6 – 80,9
Concorda com a afirmação “O uso de álcool ou outras drogas pode fazer com que a pessoa se esqueça ou não se importe em não usar camisinha”				
	399	324	80,8	74,3 – 86,0
Deixou de usar preservativo por estar sob efeito de álcool/outras drogas				
	399	278	64,9	57,5 – 71,6
Autoavaliação das chances atuais de se infectar com HIV				
Nenhuma chance	400	168	37,4	30,7 – 44,5
Pouca chance	400	69	17,9	12,6 – 24,9
Grande chance	400	31	7,1	4,4 – 11,0
Não sabe	400	107	31,0	24,5 – 38,5
Não quis responder	400	25	6,6	4,1 – 10,6

Fonte: a autora. Notas: ¹ Valores não ponderados; ²Valores ponderados pelo estimador RDS II.

Nos últimos 12 meses, 64,3% tiveram parceiros fixos, 50,7% parceiros casuais e 58,2% parceiros comerciais, sendo mais frequente ter recebido dinheiro ou drogas em troca de sexo (36,6%), do que oferecido (28,7%), sendo que 73% tiveram pelo menos um parceiro casual e/ou comercial (tabela 9). Entre os que relataram relação sexual com parceiro fixo nos 12 meses anteriores, pelo menos 80% também declararam ter tido relações com parceiros casuais e/ou comerciais (dados não tabulados).

Tanto as mulheres como os homens referiram ter trocado sexo por dinheiro ou drogas nos últimos seis meses, prática significativamente mais frequente entre elas (58,6% vs. 27,5%; $p < 0,001$; razão de prevalência = 2,1) (apêndice F). Oferecer dinheiro ou drogas em troca de sexo foi referido apenas pelos homens (dados não tabulados).

Nas relações com parceiros fixos, 82% referiram um parceiro nos últimos 12 meses, sendo maior o número de parceiros nas relações casuais, nas quais metade dos entrevistados referiu de 2 a 5 parceiros. Nas relações de troca de sexo, dos que receberam dinheiro ou drogas, 32,7% referiram de 2 a 5 parceiros e 29,4% referiram mais de 10. Nas relações em que o entrevistado ofereceu dinheiro ou drogas, 10% referiram mais de 10 parceiros (tabela 9).

A maioria dos usuários de drogas referiu baixa frequência de uso de preservativos nos últimos 12 meses, 41,6% não usou ou usou raramente e 24,6% usou às vezes. O uso consistente (sempre) foi declarado por 23,5%, percentual semelhante aos que utilizaram na primeira relação sexual (23%). Os percentuais de uso consistente com parceiros casuais (46,9%) e comerciais (45,3%) foram mais elevados do que com parceiros fixos (20,5%), sendo mais frequente entre os que ofereceram dinheiro ou drogas (54,3%), do que entre os que receberam (36,3%). O uso de preservativo na última relação sexual com parceiros fixos foi registrado por 61% dos entrevistados e com parceiros casuais por 73% (tabela 9).

Em relação ao efeito do uso de drogas na prática sexual, em torno de 81% concordaram que o uso de álcool ou de outras drogas pode fazer a pessoa esquecer ou não se importar em usar preservativo, e 65% declararam já ter deixado de usar por este motivo. Na autoavaliação das chances atuais de se infectar, pouco mais de um terço (37%) referiu não ter nenhuma chance de se infectar e cerca de um terço (31%) não sabia se avaliar (tabela 9).

Na tabela 10 são apresentados os indicadores relacionados a antecedentes e tratamento de DST. Entre os entrevistados 9% declararam ter tido sífilis alguma vez na vida e nos 12 meses anteriores ao estudo, 33,4% referiram pelo menos um sintoma de DST, sendo mais frequente corrimento (21,8%), seguido de feridas no pênis, vagina ou ânus (12,5%).

Tabela 10 – Distribuição dos usuários de drogas segundo características relacionadas a antecedentes e tratamento de DST. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Característica	N	n ¹	% ²	IC 95% ²
Antecedente de sífilis	400	33	8,6	4,8 – 15
Pelo menos 1 sintoma de DST no pênis/vagina/ânus nos últimos 12 meses	400	131	33,4	26,8 – 40,7
Feridas	400	47	12,5	8,7 – 17,8
Verrugas	400	31	8,6	5,4 – 13,7
Bolhas	400	32	6,5	4,1 – 10,1
Corrimento de cor diferente ou com mau cheiro	400	83	21,8	16,1 – 28,9
Procura por tratamento para DST no último episódio				
Farmácia/Conselho de amigo, parceiro etc	131	40	29,6	18,5 – 43,8
Serviço de saúde/Médico	131	68	51,8	39 – 64,4
Não procurou tratamento	131	23	18,6	11 – 29,9
Ficou curado do último episódio de DST	131	110	82,7	70,6 – 90,5
Serviço de saúde que procurou no último episódio de DST				
Posto de saúde ou unidade de saúde da família	68	45	76,2	61,6 – 86,5
Hospital público	68	18	20,3	10,8 – 34,9
Consultório particular/outros lugares	68	3	1,8	0,4 – 7,7
Outros	68	2	1,7	0,4 – 6,8
Orientação recebida no atendimento para tratamento de DST				
Usar preservativo regularmente	68	10	18,4	7,3 – 39,3
Informar os parceiros sexuais	68	17	35,0	19,9 – 53,9
Fazer o teste de HIV	68	30	45,1	29,3 – 61,8
Fazer o teste de sífilis	68	35	53,4	37,0 – 69,1

Fonte: a autora.

Notas: ¹ Valores não ponderados; ²Valores ponderados pelo estimador RDS II; IC, intervalo de confiança.

Entre os que tiveram algum sintoma de DST nos últimos 12 meses (n=131), 82,7% disseram ter curado o último episódio. Cerca de 19% não procuraram por tratamento e um pouco mais da metade (51,8%) foi a serviços de saúde ou a médicos. Dos que foram a serviços de saúde (n=68), a maioria procurou postos de saúde ou unidades de saúde da família (76%), apenas 18% foram orientados a usar preservativos regularmente e 35% a comunicarem a seus parceiros. A recomendação para realização do teste de HIV foi feita em 45% dos casos e o de sífilis em 53% (tabela 10).

Na tabela 11 observa-se que 45,5% dos usuários de drogas sabiam onde realizar gratuitamente o teste de HIV e 38,9% já haviam se testado na vida, cerca de 27% nos últimos 12 meses. Os motivos mais frequentes para se testarem foram sentir-se em risco (12,5%), curiosidade (23,4%), pré-natal (23,6%) e indicação médica/exigência da clínica de tratamento (18,3%).

Tabela 11 – Distribuição dos usuários de drogas segundo testagens para HIV e sífilis. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Característica	N	n ¹	% ²	IC 95% ²
Conhece serviço de saúde que realiza teste de HIV gratuitamente	400	166	45,5	38,3 – 52,9
Fez teste de HIV na vida	400	130	38,9	31,7 – 46,6
Última vez que realizou o teste de HIV				
Nos últimos 12 meses	130	42	26,9	18 – 38,3
1 a 2 anos	130	32	25,3	15,9 – 37,9
2 a 5 anos	130	35	25,8	15,7 – 39,3
Há mais de 5 anos	130	18	21,3	11,5 – 36,2
Não sabe ou não lembra	130	3	0,6	0,2 – 2,1
Principal motivo para ter feito o último teste de HIV				
Achava que tinha algum risco	130	17	12,5	6,7 – 22,1
Curiosidade/vontade própria	130	34	23,4	14,7 – 35,2
Pré-natal	130	29	23,6	14,9 – 35,3
Indicação médica/exigência da clínica de tratamento para drogas	130	20	18,3	9,4 – 32,7
Doou sangue para poder fazer o teste	130	7	6,4	2,3 – 16,4
Parceiro pediu	130	5	2,4	1,0 – 6,0
Exigência do trabalho	130	8	5,3	2,0 – 12,9
Outro motivo	130	10	8,1	2,1 – 26,8
Principal motivo de não ter realizado teste de HIV				
Não se sentia em risco	270	78	25,1	18,9 – 32,5
Não via motivo	270	69	26,3	19,8 – 34,0
Medo	270	45	16,1	11,0 – 22,8
Não sabia onde realizar o teste	270	54	20,8	14,7 – 28,6
Posto de saúde era muito distante	270	3	0,7	0,2 – 2,3
Outro motivo	270	21	11,0	5,3 – 21,7
Teste rápido de sífilis positivo (na pesquisa)	387	73	22,4	16,2 – 30,3
Cicatriz ^a	70	46	66,1	47,6 – 80,7
Sífilis ativa ^b	70	24	33,9	19,3 – 52,4
Último teste de HIV positivo (anterior à pesquisa)	117	6	5,3	2,0 – 13,5
Teste rápido de HIV positivo (na pesquisa)	397	19	5,4	2,9 – 9,7-

Fonte: a autora.

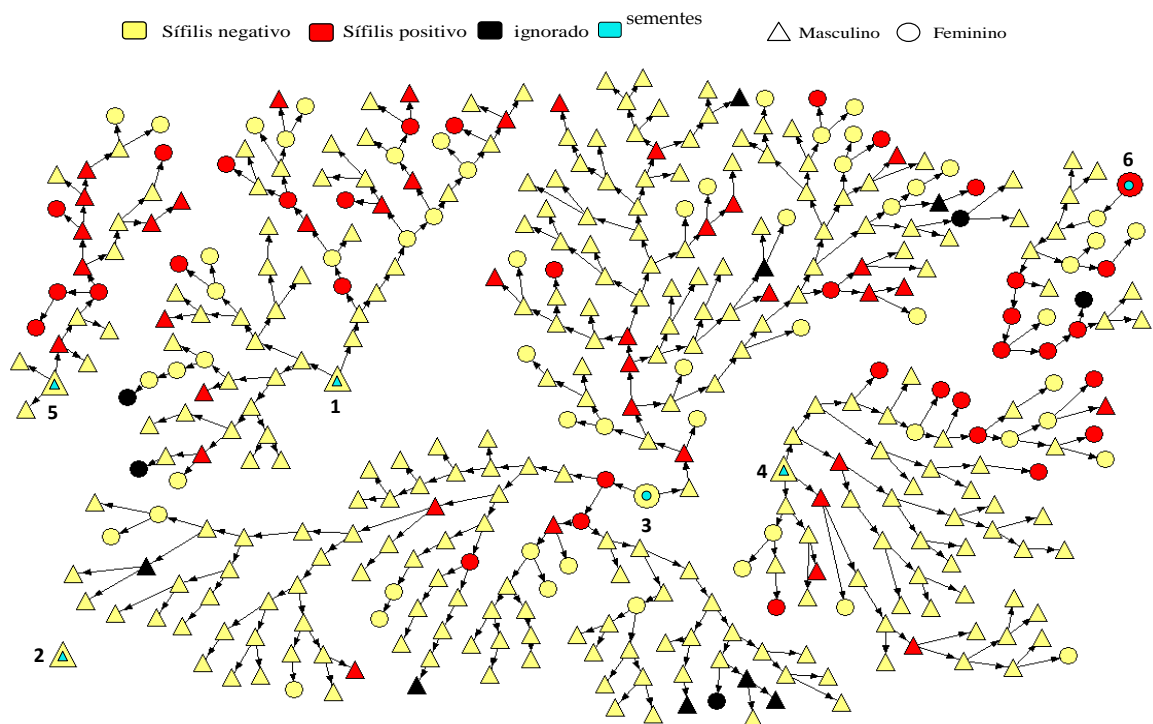
Notas: ¹Valores não ponderados; ²Valores ponderados pelo estimador RDS II; ^aCicatriz imunológica para sífilis: VDRL ≤1:4 ou não reagente; ^bSífilis ativa: VDRL ≥1:8; IC, intervalo de confiança.

Entre as razões para a não testagem, 25% disseram não se sentir em risco e 26% não via motivo. Por outro lado, 16% tinham medo de se testar e 21% disseram que não sabiam onde (tabela 11).

A figura 13 ilustra a distribuição dos resultados dos testes rápidos para sífilis nas cadeias de referência. Dos 387 que se testaram para sífilis, 73 foram positivos, distribuídos em todas as cadeias. A prevalência de sífilis foi de 22,4% e o VDRL indicou que 34% eram de infecção ativa (tabela 11). Entre os que tiveram teste rápido positivo, 68,5% (50 de 73) não sabiam estar ou já ter estado com sífilis.

Figura 13 – Distribuição dos resultados dos testes rápidos de sífilis nas redes de referência dos usuários de drogas recrutados pelo método *respondent-driven sampling*, segundo sexo.

Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

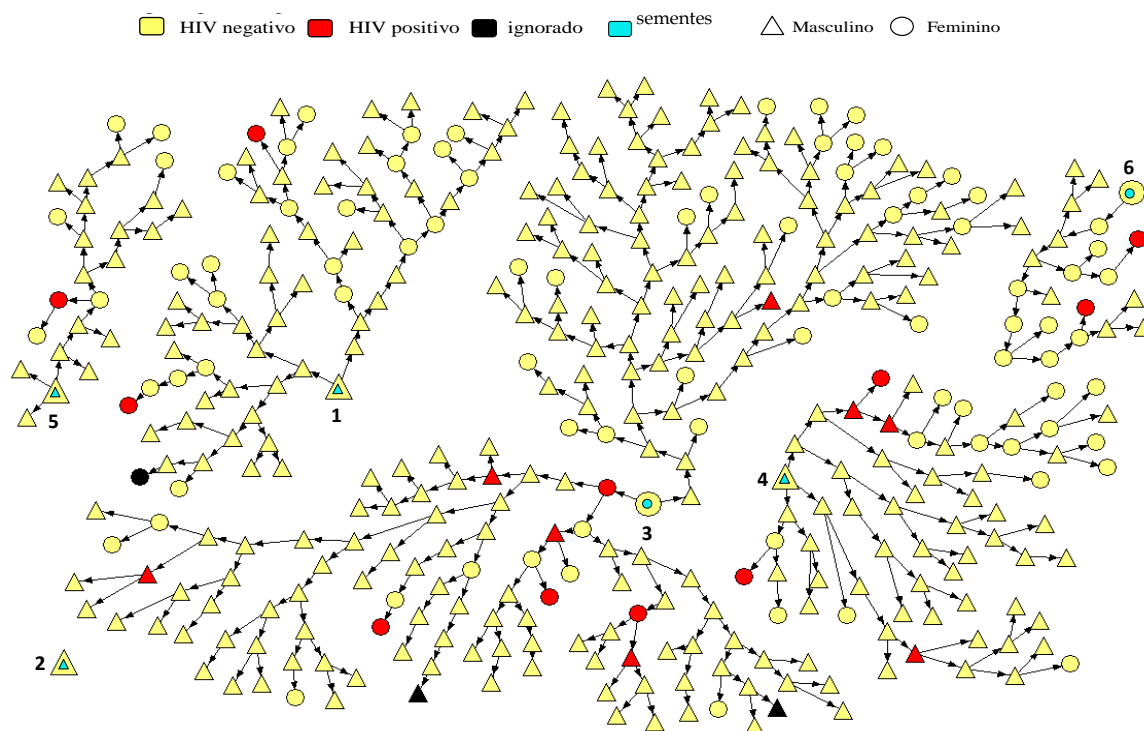


Fonte: a autora.

A figura 14 apresenta os resultados dos testes rápidos para HIV nas cadeias de referência. Das 397 que se testaram para HIV, 19 foram positivas, distribuídas nas cinco cadeias. A prevalência de HIV entre os usuários de drogas foi de 5,6%, semelhante à encontrada entre aqueles que haviam se testado anteriormente (5,3%) (tabela 11). Entre os 19 com teste rápido positivo, apesar de 83% já terem feito o teste anteriormente, duas vezes o observado para o

total da amostra, 70% (13 de 19) não sabiam do seu sorostatus. Nenhum dos HIV positivos havia feito uso de drogas injetáveis na prisão ou nos 12 meses anteriores ao estudo.

Figura 14 – Distribuição dos resultados dos testes rápidos de HIV nas redes de referência dos usuários de drogas recrutados pelo método *respondent-driven sampling*, segundo sexo. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009



Fonte: a autora.

A prevalência de HIV entre as mulheres (11,8%; IC95%: 5,1 – 24,8) foi quatro vezes maior do que entre os homens (2,7%; IC95%: 1,2 – 6,0), diferença estatisticamente significativa ($p=0,007$) (apêndice F). O mesmo foi observado em relação a sífilis, com prevalência cerca de três vezes maior ($p=0,001$) entre as mulheres (40,8%; IC95%: 26,7 – 56,5) do que entre os homens (14,7%; IC95%: 9 – 23,2) (apêndice F).

5.3 Fatores associados à infecção pelo HIV

Na tabela 12 estão descritas as estimativas da *odds ratio* (OR) e de seu intervalo de confiança por regressão logística, para análise univariada da associação entre as variáveis de estudo e a prevalência de HIV. Entre as características sociodemográficas, foram significativamente correlacionados o sexo feminino (OR = 4,6) e estar casado ou morando com companheiro (OR = 7,2). Apesar de ser maior a proporção de HIV positivos entre os que tinham baixa escolaridade (≤ 7 anos) e baixa renda (< 1 salário mínimo), não foram estatisticamente significantes.

Tabela 12 – Análise univariada da associação entre as variáveis de estudo e a prevalência de HIV. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Variáveis	continua					
	N	n ¹	% ²	OR ³	IC 95%	p
Idade		-	-	1,025	0,974 – 1,078	0,339
Sexo						
Feminino	99	11	11,8	4,594	1,872 – 11,271	< 0,001
Masculino	298	8	2,7	-	-	-
Raçacor						
Branco	73	4	7,6	1,611	0,605 – 4,291	< 0,361
Não branco	324	15	4,8	-	-	-
Estado conjugal						
Casado/vive com companheiro	126	10	12,1	7,200	2,576 – 20,122	< 0,001
Solteiro, divorciado, separado, viúvo	271	9	2,0	-	-	-
Escolaridade						
Até 7 anos	288	15	5,8	1,694	0,487 – 5,890	0,587
8 ou mais anos	109	4	3,8	-	-	-
Renda mensal						
< 1 salário mínimo	332	17	5,8	1,708	0,388 – 7,514	0,449
≥ 1 salário mínimo	65	2	2,9	-	-	-
Lugar onde viveu nos últimos 6 meses						
Sem endereço fixo	87	7	5,3	0,975	0,352 – 2,747	0,975
Com endereço fixo	306	12	5,6	-	-	-
Idade de início do uso de drogas ilícitas (exceto maconha)						
≤ 18 anos	200	8	5,6	1,112	0,461 – 2,681	0,827
> 18 anos	197	11	5,2	-	-	-
Tempo de uso de drogas ilícitas (exceto maconha)						
≥ 5 anos	246	13	6,0	1,412	0,557 – 3,579	0,504
< 5 anos	151	6	4,6	-	-	-
Uso de bebida alcoólica nos últimos 12 meses						
Sim	351	15	5,9	3,313	0,435 – 25,204	0,167
Não	43	4	2,1	-	-	-
Uso de cocaína em pó nos últimos 12 meses						
Sim	189	6	3,1	0,419	0,150 – 1,167	0,077
Não	205	13	7,1	-	-	-
Uso de maconha nos últimos 12 meses						
Sim	331	16	5,2	0,754	0,269 – 2,116	0,601
Não	62	3	6,7	-	-	-
Se sentiu discriminado por sua cor/raça nos últimos 12 meses						
Sim	92	7	7,2	1,505	0,590 – 3,841	0,403
Não	305	12	4,7	-	-	-
Se sentiu discriminado por falta de dinheiro ou condição social nos últimos 12 meses						
Sim	226	16	7,7	3,643	1,203 – 11,030	0,011
Não	171	3	2,5	-	-	-
Se sentiu discriminado por sua opção sexual nos últimos 12 meses						
Sim	73	4	6,5	1,342	0,476 – 3,786	0,587
Não	323	15	5,1	-	-	-
Foi forçado alguma vez na vida a ter relações sexuais						
Sim	78	7	8,6	1,942	0,757 – 4,976	0,183
Não	318	12	4,5	-	-	-
Esteve em centro de recuperação para menores						
Sim	62	3	8,5	1,732	0,610 – 4,916	0,323
Não	331	16	4,8	-	-	-

Tabela 12 – Análise univariada da associação entre as variáveis de estudo e a prevalência de HIV. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Variáveis	N	n ¹	% ²	OR ³	IC 95%	p	continua
Esteve preso							
Sim	125	6	4,4	0,727	0,260 – 2,033	0,534	
Não	269	13	5,8	-	-	-	
Conhece alguma ONG que trabalhe com HIV/aids							
Sim	62	7	16,2	5,141	2,057 – 12,845	0,001	
Não	335	12	3,6	-	-	-	
Recebeu aconselhamento DST/aids nos últimos 12 meses							
Sim	161	10	6,6	1,458	0,616 – 3,447	0,392	
Não	236	9	4,5	-	-	-	
Conhecimento sobre HIV (indicador UNGASS*)							
Não conhece	194	6	3,8	0,500	0,197 – 1,267	0,179	
Conhece parcialmente**/Conhece	203	13	6,9	-	-	-	
Idade com que teve a 1ª relação sexual							
< 15 anos	217	12	7,7	2,806	1,007 – 7,821	0,044	
≥ 15 anos	170	7	2,9	-	-	-	
Comportamento sexual heterossexual							
Não	67	4	9,2	2,105	0,790 – 5,607	0,135	
Sim	329	15	4,7	-	-	-	
Relações sexuais com parceiro fixo nos últimos 12 meses							
Sim	269	14	7,4	3,714	1,080 – 12,778	< 0,017	
Não	127	5	1,8	-	-	-	
Relações sexuais com parceiro eventual nos últimos 12 meses							
Sim	218	13	6,3	1,422	0,593 – 3,405	0,326	
Não	178	6	4,4	-	-	-	
Recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo nos últimos 12 meses							
Sim	154	8	5,9	1,199	0,500 – 2,877	0,686	
Não	242	11	5,1	-	-	-	
Deu dinheiro ou drogas para alguma pessoa fazer sexo nos últimos 12 meses							
Sim	121	4	3,5	0,564	0,186 – 1,713	0,288	
Não	275	15	6,2	-	-	-	
Usou sempre preservativo nos últimos 12 meses							
Não	311	14	5,3	0,978	0,348 – 2,745	1,000	
Sim	86	5	5,7	-	-	-	
Uso de preservativo na última relação sexual c/ parceiro fixo							
Sim	69	5	8,2	1,790	0,343 – 9,334	0,473	
Não	54	2	4,9	-	-	-	
Uso de preservativo na última relação sexual c/ parceiro eventual							
Sim	107	8	9,1	1,650	0,344 – 7,918	0,512	
Não	48	4	6,6	-	-	-	
Por conta do uso de álcool ou drogas se esqueceu ou não se importou em não usar preservativo							
Sim	277	15	6,9	3,361	1,000 – 11,618	0,030	
Não	119	4	2,5	-	-	-	
Teve pelo menos 1 sintoma de DST nos últimos 12 meses							
Sim	130	11	10,5	4,319	1,699 – 10,980	0,001	
Não	267	8	2,8	-	-	-	
Ficou curado do último episódio de DST (nos últimos 12 meses)							
Não	21	4	28,1	4,544	1,401 – 14,734	0,016	
Sim	109	7	6,9	-	-	-	

Tabela 12 – Análise univariada da associação entre as variáveis de estudo e a prevalência de HIV. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Variáveis	N	n ¹	% ²	OR ³	IC 95%	conclusão
						p
Conhece onde teste de HIV é feito gratuitamente						
Sim	165	14	7,6	2,177	0,892 – 5,313	0,081
Não	232	5	3,5	-	-	-
Já fez o teste para HIV alguma vez na vida						
Sim	130	14	11,5	7,793	2,585 – 23,495	< 0,001
Não	267	5	1,5	-	-	-
Teste rápido para sífilis (na pesquisa)						
Positivo	73	6	8,8	2,662	1,037 – 6,844	< 0,049
Negativo	314	10	3,8	-	-	-

Fonte: a autora.

Notas: ¹ Valores não ponderados; ²Valores ponderados pelo estimador RDS II; ³OR estimada por regressão logística; OR, *odds ratio*; IC, intervalo de confiança; p, valor de p; *Considerando as afirmações: pode se infectar se não usar preservativo nas relações sexuais; uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada; não pode se infectar por picada de inseto; não pode se infectar por compartilhar louças/refeições; **Acertam os fatores de riscos de infecção e erram pelo menos um dos outros fatores (falsos riscos).

Nenhuma das características relacionadas ao consumo de drogas apresentou associação significativa com a infecção pelo HIV. Mesmo assim, chama atenção a proporção pelo menos duas vezes maior de HIV positivos entre aqueles que ingeriram bebidas alcoólicas e entre os usuários de *crack*, em comparação com os usuários de *crack* e cocaína em pó. Entre as variáveis relacionadas à discriminação, criminalidade e violência, ter se sentido discriminado por falta de dinheiro ou condição social foi significativamente correlacionado à infecção pelo HIV, não sendo significativa a maior proporção de HIV positivos entre os que sofreram violência sexual e que estiveram em centro de recuperação para menores (tabela 12).

Em relação às fontes de informação e de conhecimento sobre HIV, foi significativa a OR cinco vezes maior entre aqueles que conheciam alguma ONG que trabalha com o tema HIV/aids (OR = 5,1). Nesta mesma direção, observou-se a maior proporção de HIV positivos entre os que tinham conhecimento, mesmo que parcial, sobre HIV/aids, apesar de não ter tido significância estatística (tabela 12).

Nos indicadores de comportamento sexual, a infecção pelo HIV foi associada à idade de início da vida sexual, sendo a OR cerca de três vezes maior entre os que haviam tido a primeira relação antes dos 15 anos (OR = 2,8). Também foi estatisticamente significativa ter tido parceiro fixo nos 12 meses anteriores ao estudo (OR = 3,7) e ter deixado de usar preservativo por conta do uso de álcool ou de outra droga (OR = 3,4). A maior proporção de HIV positivos entre os que não eram heterossexuais não foi significativa (tabela 12).

No que se refere a sintomas de DST no pênis, vagina ou ânus nos 12 meses anteriores ao estudo, ter tido pelo menos um sintoma de DST (OR = 4,5) e não ter se curado do último

episódio (OR = 4,4) foram significativamente associados à infecção pelo HIV. Entre as variáveis de testagem para HIV e sífilis, foi significativa a OR cerca de oito vezes maior entre os que já haviam se testado para HIV antes do estudo (OR = 7,8), assim como a OR quase três vezes maior entre os que tiveram teste rápido positivo para sífilis (OR = 2,7) (tabela 12). Como verificado na infecção pelo HIV, as mulheres foram mais acometidas por sífilis, com prevalência (40,8%; IC95%: 26,7 – 56,5) 2,8 vezes maior (p valor = 0,001) do que a estimada para os homens (14,7%; IC95%: 9,0 – 23,2) (dados não tabulados).

Na análise multivariada os intervalos de confiança dos odds ratio ajustados foram bastante amplos, não sendo esta etapa considerada na análise dos fatores associados à infecção pelo HIV.

6 DISCUSSÃO

6.1 Desempenho do recrutamento e distribuição espacial da amostra

O estudo RDS no Recife recrutou em 12 semanas a amostra pretendida de 400 usuários de drogas, com uma média semanal de recrutados ($n=39$) próxima da média de UDI recrutados em estudos realizados em diferentes países fora dos Estados Unidos (MALEKINEJAD et al., 2008), porém abaixo desta se considerarmos apenas os elegíveis ($n=33$). Comparando com a média de elegíveis recrutados no Rio de Janeiro no mesmo Projeto (605 usuários em cerca de 28 semanas), em torno de 22 por semana (TOLEDO et al., 2011), verifica-se que a velocidade de recrutamento no Recife foi maior.

O percentual de recrutados que não atenderam aos critérios de inclusão (15,8%) foi o dobro da média do Projeto *Onda da Saúde* (8%) (BASTOS et. al, 2010). No Recife, foi solicitado aos entrevistados que convidassem conhecidos que estivessem usando drogas com frequência (*crack*, cocaína, drogas injetáveis, doce/LSD ou bala/êxtase), orientação que procurou dificultar que os recrutados mentissem a respeito de seu padrão de uso, pois não informou exatamente a frequência necessária para ser incluído, nem explicitou que o uso exclusivo de maconha não era o perfil desejado. Por outro lado, este procedimento facilitou que pessoas que não atendiam aos critérios de inclusão fossem recrutadas.

Mesmo com este cuidado e com a abordagem feita na verificação dos critérios de inclusão no estudo, que direcionava a entrevista para a descrição minuciosa da forma e frequência de consumo de cada droga, 24 dos 72 inelegíveis só foram identificados durante o aconselhamento pré-teste. Neste momento eram abordadas estratégias de redução de danos no consumo de drogas, o que possibilitou identificar que o padrão de uso do entrevistado não condizia com o que havia informado durante a entrevista de elegibilidade.

Apesar do número de inelegíveis, todos os que atenderam aos critérios de inclusão concordaram em responder a entrevista sociocomportamental, e apenas três dos 400 se recusaram a realizar os testes rápidos. A maior recusa ao teste VDRL (7,3%), nove vezes maior do que aos testes rápidos (<1%), possivelmente está relacionada à coleta de sangue venoso. Também contribuindo para o recrutamento da amostra em tempo considerado satisfatório (400 usuários em 12 semanas), observou-se elevado percentual de retorno dos cupons (76,6%), acima do alcançado por Kral et al. (2010) em São Francisco (44%) e por Burt et al. (2010) na Região Metropolitana de Seattle (31%).

Verificou-se ainda um bom aproveitamento das sementes, apenas uma não gerou recrutamento, e boa abrangência das cadeias de referência, todas com pelo menos nove ondas, atingindo no mínimo 6 bairros de moradia, além de razoável distribuição da amostra entre elas. Das dez cidades do Projeto *Onda da Saúde*, cinco tiveram pelo menos metade das sementes improdutivas e em sete, pelo menos metade da amostra foi recrutada a partir de uma cadeia RDS (BASTOS et al., 2010). A concentração da amostra em uma única cadeia de recrutamento é comum nos estudos RDS, como pode ser observado nas pesquisas norte-americanas desenvolvidas por Abdul-Quader et al. (2006) e Krak et al. (2010), nas quais 90% e 60%, respectivamente, da amostra foram provenientes de uma única cadeia, proporção que no Recife chegou a 54%.

Estes achados podem ser indicativos de que em cidades com maior extensão territorial seja necessário maior dispersão dos locais de entrevista e maiores amostras, como sugerido por Burt et al. (2010). Neste aspecto, o estudo RDS no Recife obteve relação mais favorável entre o número de entrevistados ($N=400$) e a área territorial (219 km^2), do que a observada nos estudos anteriormente citados (ABDUL-QUADER, 2006; BURT et al., 2010; KRAL et al., 2010; TOLEDO et al., 2011).

No Recife, o recrutamento RDS difundiu-se por todas as RPAs e conseguiu ter uma boa cobertura das microrregiões e dos bairros. Quinze das 18 microrregiões foram alcançadas enquanto local de moradia, e todas foram contempladas como lugar de uso de drogas. Duas das três microrregiões não contempladas são na RPA de moradia da semente improdutiva, a mais distante do CET. Já em relação aos bairros, o recrutamento partiu de 5 bairros de moradia e 13 onde as sementes haviam usado drogas, e finalizou com 45 bairros de moradia e 67 onde havia sido feito o uso de drogas pela amostra ($n=67$), 48% e 71% do bairros do Recife, respectivamente.

Um aspecto importante na cobertura do recrutamento foram os entrevistados terem mencionado como locais de uso de drogas a maioria dos bairros e todas as microrregiões e RPAs, além de 80% dos bairros com registros policiais (uso, posse ou tráfico de drogas) e/ou cenas de uso de *crack* mapeadas que, por sua vez, concentravam 90% destas ocorrências. Deste modo, pode-se dizer que o recrutamento atingiu áreas onde as atividades psicotrópicas (uso ou venda de drogas) são mais observadas. Verificou-se ainda que o recrutamento acessou indivíduos que fazem uso de drogas em locais mais reclusos, pois quatro dos dez bairros que não tiveram registros policiais, nem cenas mapeadas, foram mencionados pela amostra, além de metade dos entrevistados ter indicado não fazer uso de drogas em locais públicos.

A escolha de dois cupons por participante e, conseqüentemente, um número maior de ondas para atingir a amostra desejada parece ter sido favorável a esta difusão pelo território, visto que foram incorporados novos bairros até a onda 10 e, por outro lado, somente a partir da onda 4 houve recrutamento em bairros da RPA 4 e em bairros diferentes da moradia da semente na RPA 1.

Entretanto, esta expansão geográfica se deu de forma heterogênea, com 90% da amostra concentrando-se em cerca da metade dos bairros registrados como moradia e como local de uso de drogas. Na espacialização dos entrevistados, observou-se que além do CET, a distribuição das ocorrências policiais também mostrou relação com esta heterogeneidade.

Comparando-se a distribuição dos locais de moradia com o da população residente, e do uso de drogas com a dos registros policiais, a RPA 3 foi representada com percentuais acima do esperado e as RPAS 1 e 2, apesar de terem uma maior proporção de moradia, em relação ao uso de drogas corresponderam aos registros policiais. A RPA 5 foi representada de acordo com o esperado tanto em relação à distribuição da população geral, como dos registros policiais. As RPAs 4 e 6 não foram bem representadas, em especial a RPA 4, que fica mais próxima ao CET.

Apesar dos conflitos entre grupos que dominam determinadas áreas não terem o mesmo peso observado no Rio de Janeiro, devem ser considerados na determinação da distribuição da amostra no Recife, podendo ser uma das possíveis explicações para a pouca presença de usuários residentes na RPA 4 e no bairro de Santo Amaro, na RPA 1, distante 4 km do CET.

As dificuldades na difusão do recrutamento no Recife apontam para a distância dos bairros em relação ao CET, assim como para a dificuldade de recrutamento em bairros com melhores indicadores socioeconômicos. Dos 27 bairros que não apareceram nem como local de moradia, nem como de uso de drogas, mais da metade (n=15) fica no entorno do CET, num raio de cerca de 4 km, e apresentam os melhores indicadores de renda e alfabetização da cidade e a menor proporção da população residindo em ZEIS, como pode ser observado no apêndice G.

A ausência de recrutamento nestes bairros pode estar relacionada ao consumo de drogas de forma mais velada, pois metade deles não teve cenas de uso de *crack* mapeadas ou registro policial de uso, posse ou tráfico de drogas, ou ao menor interesse e/ou disponibilidade de usuários com melhores condições sociais para participarem do estudo. Este aspecto é reforçado ao observarmos o perfil da semente que não deu continuidade ao recrutamento: era

a que tinha as melhores condições socioeconômicas, ensino superior incompleto, emprego formal e renda acima de dois salários mínimos. A falta de identificação com o perfil predominante dos usuários presentes no CET, de baixa renda, baixa escolaridade e sem trabalho formal, deve ainda ser levada em consideração.

Em estudo RDS realizado com HSH em Fortaleza, Kerr et al (2011) identificaram como barreiras à participação de indivíduos de classes sociais mais elevadas, a localização do CET em área pobre, a participação de ONGs associadas a classes desfavorecidas; incentivos insuficientes; diferenças de classe e fraca conexão entre redes de diferentes estratos sociais; medo de discriminação; preocupação com os testes e com a confidencialidade dos seus resultados.

Tais questões precisam ser investigadas com abordagem qualitativa, conforme sugerido por Kerr et al. (2011), McCreesh et al. (2012) e Toledo et al. (2011), de modo a entender as possibilidades e dinâmica do recrutamento RDS em contextos socioculturais específicos, e subsidiar estratégias para o desenvolvimento de investigações que se proponham acessar indivíduos de classes sociais com melhores condições de vida.

Comparando o desempenho do recrutamento e a distribuição espacial dos entrevistados, verificou-se que o método RDS apresentou melhores resultados quanto à obtenção da amostra pretendida (400 de 400 vs. 88 de 600) e, conseqüentemente, à distribuição espacial dos entrevistados (48% vs. 25% dos bairros referidos como moradia e 71% vs. 37% dos bairros referidos como local de uso de drogas). Contudo, deve-se considerar que os estudos tinham diferentes critérios de inclusão, sendo o TLS restrito ao uso de *crack* em cachimbos, e foram realizados em diferentes períodos, o RDS no final de 2009 e o TLS de fevereiro de 2011 a março de 2012.

As principais dificuldades no recrutamento TLS foram a visita ao lugar de uso em momento que não tinha usuários; a intimidação por traficantes, impedindo a permanência dos pesquisadores no local; a desconfiança dos usuários de que os pesquisadores fossem policiais disfarçados; a mudança das cenas de uso, devido à ação da polícia, da comunidade ou por conta da melhoria da infraestrutura urbana (revitalização de praças, iluminação de ruas etc.), questão intensificada pelo tempo transcorrido entre o mapeamento e o recrutamento (~7 meses) e pelo lançamento do Plano Nacional de Combate ao *Crack*, que teve o Recife como uma das cidades piloto.

Tais dificuldades não têm o mesmo impacto no estudo RDS, que neste sentido é de mais fácil execução. Apesar da maior dificuldade para o recrutamento no estudo TLS, os dois métodos se mostraram complementares na cobertura geográfica da cidade, visto que a amostra TLS teve menor representação da RPA 3, ao contrário da amostra RDS, bem como melhor participação das RPAs 4 e 6, Regiões pouco acessadas no estudo RDS. Os dois métodos também se mostraram complementares no que se refere ao tipo de locais frequentados pelos recrutados para utilizar drogas. Enquanto no estudo TLS quase a totalidade dos entrevistados foram recrutados em cenas de uso de *crack* em locais públicos (ou privados, mas abandonados), no estudo RDS metade dos entrevistados referiu utilizar drogas apenas em espaços privados (casas).

Os achados apontam para algumas sugestões assinaladas no estudo de Kral et al. (2010), como um plano híbrido de amostragem, e no de Burt et al. (2010), que enfatizam a utilização de outros dados empíricos para orientar a avaliação de amostras RDS e a necessidade de maior dispersão dos locais de entrevista.

No presente estudo, para analisar o recrutamento, foi utilizada a distribuição da população geral, dos registros policiais de uso, posse ou tráfico de drogas e das cenas de uso de *crack* mapeadas para o estudo TLS, a fim de melhor observar como o recrutamento difundiu-se e como representou bairros nos quais foram registradas atividades psicotrópicas (uso ou venda de drogas). Nesta direção, a utilização da variável “bairro(s) onde usou drogas” na análise do desempenho e distribuição espacial da amostra, levou em consideração que os locais de consumo de drogas são espaços singulares no processo de interação das redes sociais dos usuários, base para a amostragem em cadeias de referência e determinantes na disseminação de infecções e na difusão de comportamentos de risco ou de proteção (LUKE; HARRIS, 2007).

O georreferenciamento dos locais de moradia e de uso de drogas permitiu constatar importante mobilidade em relação ao consumo de drogas, que favorece a obtenção de cadeias de referência bem conectadas e abrangentes. A maioria dos entrevistados referiu usar drogas fora de seu bairro de moradia (75%), em pelo menos dois bairros (60%), e metade deles em pelo menos duas RPAs. Verificou-se ainda que um terço havia feito uso de drogas em outra cidade nos dois anos anteriores ao estudo. Esta mobilidade não esteve associada à mudança de local de moradia, visto que, no período analisado, 80% dos entrevistados residiram na mesma cidade e no mesmo bairro. Importante mobilidade também foi verificada na amostra TLS, 75% referindo ter utilizado *crack* em pelo menos dois bairros.

A utilização das duas variáveis, local de moradia e locais de uso de drogas, permitiu ainda verificar que alguns bairros historicamente expressivos no cenário local das drogas ilícitas, que não haviam sido contemplados como moradia, foram como local de uso. O Ibura, na RPA 6, cerca de 18 km distante do CET, que apresentou o sexto maior número de registros policiais e o maior de cenas de uso de *crack* mapeadas, não foi referido como local de moradia, mas foi registrado como local de uso por 10 dos 318 entrevistados que informaram sobre os bairros. Santo Amaro, na RPA 1, cerca de 4 km do CET, bairro com segundo maior número de registros policiais e de cenas de uso de *crack* mapeadas, foi mencionado como local de moradia por apenas um recrutado, mas como lugar de uso de drogas foi o bairro mais referido pela amostra (91 dos 318 entrevistados).

6.2 Características dos usuários de drogas ilícitas

Características sociodemográficas

O perfil predominante de homens, jovens, solteiros, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo é semelhante ao observado na revisão sobre usuários de *crack* brasileiros realizada por Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), como no estudo sobre o *perfil dos Usuários de Crack no Brasil* (BASTOS; BERTONI, 2013). A média de idade (29 anos) foi semelhante à encontrada para os usuários de *crack* no Brasil (30 anos) (BASTOS; BERTONI, 2013a), mas a proporção de indivíduos entre 18 e 29 anos foi maior (76% vs. ~50%), indicando um grupo mais jovem no Recife.

Assim como na maioria das cidades do Projeto *Onda da Saúde* (BASTOS et al., 2010), a proporção de mulheres entrevistadas foi menos da metade da de homens (71%). No Recife (29%), esta proporção foi acima dos 22% verificados entre os usuários de *crack* nas capitais brasileiras (BASTOS; BERTONI, 2013a) e entre os usuários atendidos nos seis CAPSad do Recife (GRUPO DE ESTUDOS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012). Considerando que a maioria dos entrevistados eram usuários de *crack*, esta presença de mulheres é expressiva, pois até o início dos anos 2000 a população feminina não era facilmente identificada nos estudos com este público (NAPPO et al., 2004). Por outro lado, a maior presença de homens é um padrão mundial, pelo menos o dobro do observado entre as mulheres, com exceção dos Estados Unidos, sendo esta diferença maior em países em desenvolvimento (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES, 2012).

Em relação à distribuição da população geral do Recife pela cor da pele (RECIFE, 2013), na amostra a proporção de pardos foi maior (71% vs. 49%) e a de brancos a metade (19% vs. 41%), semelhante a proporção de brancos verificada por Bastos e Bertoni (2013a) entre os usuários de *crack* brasileiros (20%).

O percentual dos que não sabiam escrever (23,5%) foi mais de três vezes o estimado para a população geral do Recife (7%) (RECIFE, 2013) e do verificado pelo Grupo de Estudos sobre Álcool E Outras Drogas (2012) entre os usuários de drogas atendidos nos CAPSad (~7%). Comparando com os achados da Pesquisa sobre o *Perfil dos Usuários de Crack no Brasil*, também se verifica no Recife piores indicadores de escolaridade: a proporção de indivíduos que não completou nenhuma série foi maior (10% vs. 5%) e que iniciou ou concluiu o Ensino Superior foi menor (0,6% vs. ~2,5%).

A precária situação de trabalho, com quase a totalidade (96%) dos entrevistados realizando *bicos* (trabalhos temporários, informais e geralmente precários) ou sem trabalhar, também foi acima do verificado entre os usuários atendidos nos CAPSad (59,4%) (GRUPO DE ESTUDOS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2012). Considerando que os usuários de *crack* representaram menos da metade (44%) dos atendimentos dos CAPSad, os melhores indicadores de condições de vida verificados nestes serviços apontam que os usuários de *crack* têm níveis de escolaridade e condições de trabalho mais precários quando comparados com usuários de outras drogas atendidos pelo SUS.

Por outro lado, diante do padrão de consumo de drogas observado no estudo, a renda informada, com 85% recebendo menos de 1 salário mínimo ou sem rendimentos, possivelmente não reflete os ganhos direcionados para compra de drogas. Na Pesquisa sobre o *Perfil dos Usuários de Crack* na Região Metropolitana do Recife, identificou-se que muitos entrevistados não tinham dimensão do quanto obtinham de recursos mensalmente. Ao construir esta informação junto com o entrevistador a partir de suas rotinas, durante a entrevista aplicada face-a-face, surpreendiam-se com os valores que conseguiam obter por mês e que destinavam para a aquisição da droga. Fernandes e Pinto (2004), em trabalho etnográfico realizado na Cidade do Porto/Portugal, referem-se a estes ganhos como uma das atividades que caracterizam os territórios psicotrópicos – espaços onde acontece o uso, a venda e/ou a aquisição de recursos para obtenção de drogas, que denominam de atividades psicotrópicas.

Tais atividades, como roubos, microtráfico (voltado para a manutenção do próprio consumo) e troca de sexo por drogas ou dinheiro, representam situações de risco em relação à violência e à infecção pelo HIV e outras DST (DE CARVALHO; SEIBEL, 2009; RIBEIRO; SANCHEZ; NAPPO, 2010b). Dias et al. (2011) identificaram em estudo de coorte prospectivo (12 anos), realizado com amostra de conveniência de usuários de *crack* de São Paulo, taxa de mortalidade 12 vezes maior do que a observada para a população geral, sendo as principais causas de óbito o homicídio e a aids, chamando atenção, contudo, para a migração do uso injetável para o uso de *crack*.

Em relação a características associadas à moradia, observou-se que a maioria morava em casas (próprias, de parentes ou parceiros), metade com duas a cinco pessoas e quase um quarto com seis ou mais pessoas, indicadores importantes para o planejamento de intervenções junto a esta população, que deve necessariamente incluir a família. A proporção de 30% que registraram morar com os filhos, frente os 67% que declararam ter filhos, requer maior investigação e pode, em alguma medida, estar relacionada a perda ou entrega (voluntária) da guarda dos filhos.

Quando questionados onde viveram a maior parte do tempo nos seis meses anteriores, a proporção de entrevistados que indicou estar em situação de rua (22%) foi menor do que a observada na Pesquisa sobre o *Perfil dos Usuários de Crack no Brasil* para as capitais (47%) (BASTOS; BERTONI, 2013a), mas devem ser observadas as diferenças nas duas pesquisas da metodologia empregada para amostragem da população de estudo (o TLS tem como base as cenas de uso abertas/públicas para recrutamento da amostra), além dos critérios de inclusão, como mencionado anteriormente.

Estigma, discriminação, criminalidade e violência

O estigma e a discriminação são aspectos importantes da marginalização social dos usuários de drogas ilícitas. Em sua maioria, os entrevistados referiram que nos últimos 12 meses se sentiram humilhados ou mal a respeito de si mesmos, sendo discriminados pelo fato de usarem drogas e também por sua condição social. Ahern, Stuber e Galea (2007) ao mensurarem aspectos relacionados ao estigma e discriminação, verificaram sua associação com piores condições de saúde mental e física no contexto do uso de drogas.

Os autores chamam atenção que a atribuição de um *status* social desviante para os usuários de drogas ilícitas, ao mesmo tempo em que pode servir para desencorajar o uso, prejudica sua saúde devido à exposição ao estresse crônico e por funcionar como uma barreira de acesso aos

cuidados – menor percepção de problemas e/ou demanda por cuidados e, por outro lado, o medo de ser maltratado e de ter problemas com autoridades policiais, além do tratamento de menor qualidade dispensado a este grupo pelos profissionais de saúde; questão também apontada pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes como barreira para prevenção e controle do HIV e outras DST nesta população (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES, 2009).

Os indicadores ligados à criminalidade mensurado no estudo foram os históricos de prisão (29,5%) e de passagem por centro de recuperação para menores (15,7%), possivelmente relacionados tanto com a prática de crimes aquisitivos (roubos, furtos) e tráfico, como com a criminalização do uso. Percentual semelhante de antecedente de prisão foi observado em jovens usuários de *crack* recrutados em comunidades do Rio de Janeiro (~28%), mas cerca da metade da identificada entre recrutados em comunidades de Salvador (~56%) (CRUZ et al., 2013). Para uma melhor análise destes indicadores, seria necessário observar quanto destas detenções foram relacionadas a drogas, bem como sua motivação direta.

De acordo com a Pesquisa sobre a *Estimativa do Número de Usuários de Crack nas Capitais do País*, 80% dos indivíduos faziam uso da droga em espaços públicos e 50% já foram presos, 14% pelo uso ou posse de drogas e 18% por roubos ou furtos. Estes dados requerem especial atenção, visto que muitos destes crimes são cometidos para aquisição da droga, devendo ser avaliado com bastante cuidado as intervenções do Estado em relação a criminalização destes indivíduos, que necessitam de proteção social e tratamento de saúde. A menor proporção de antecedente de prisão no estudo RDS no Recife, provavelmente deve-se ao perfil dos usuários, principalmente no que diz respeito aos locais de uso, pois metade da amostra indicou usar apenas em residências, uma forma de se proteger do estigma e da violência, como apontado pelos usuários de *crack* no estudo de Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010b), bem como da própria criminalização do uso.

Em relação à violência, metade dos entrevistados relatou ter sofrido agressão física nos 12 meses anteriores ao estudo, próximo ao percentual observado entre os usuários de cocaína e/ou *crack* (57%) no levantamento nacional realizado pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (2012), mas quase quatro vezes o observado na população geral do Recife (13%) (PEIXOTO; ANDRADE; MORO, 2007). Por outro lado, De Carvalho e Seibel (2009) identificaram que em 95% dos casos de violência relacionados a drogas o próprio entrevistado havia iniciado o ato violento, dado que não foi investigado neste estudo.

Cerca de 43% das usuárias declararam ter sofrido violência sexual alguma vez na vida, quatro vezes mais do que a população feminina nas capitais brasileiras (10%), conforme estudo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (2005). O percentual de usuários do sexo masculino que relataram este tipo de violência (12,4%) também foi acima do percentual verificado entre as mulheres na população geral e acima da média verificada para os usuários de *crack* no Brasil (BASTOS; BERTONI, 2013a), mas significativamente menor do que o observado entre as usuárias no Recife.

Se por um lado a violência sexual decorre de situações relacionadas ao uso de drogas, como a comercialização do sexo para sua obtenção em locais desprotegidos, com baixa capacidade de negociação e sem rede de proteção (MALTA et al., 2008; NAPPO et al., 2004); por outro lado aparece como fator de risco para o consumo abusivo de drogas. No estudo de Nappo et al (2004) com amostra intencional de usuárias de *crack*, 17% haviam tido como primeira vivência sexual o estupro, e em estudo com amostra probabilística da população brasileira de grandes centros urbanos, o abuso sexual foi identificado como fator de risco para o consumo de drogas ilícitas e o uso regular de álcool (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008).

Uso de drogas

O padrão de uso de drogas observado no Recife diferiu do observado para as dez cidades do Projeto *Onda da Saúde* (BASTOS et al., 2010), que apresentou como drogas mais utilizadas o álcool (87%), seguido da maconha (77%), cocaína em pó (72%) e em quarto lugar o *crack* (69%). No Recife, quase a totalidade dos entrevistados consumia *crack* (96%), sendo menor o uso de cocaína (41%), mas semelhante o de álcool (86%) e o de maconha (80%). A quinta droga mais consumida foi o tranquilizante, acima da média ponderada para as dez cidades (33% vs. 22,8%).

Além da menor frequência de uso de cocaína em pó no Recife, 41% destes consumidores utilizavam a droga menos de uma vez por mês e apenas três dos 190 faziam seu uso exclusivo, ou seja, não utilizavam *crack* nem pasta base. Este aspecto pode estar relacionado ao perfil socioeconômico dos entrevistados (baixa escolaridade e renda), pois como verificado por Guindalini et al (2006), os usuários exclusivos de cocaína em pó têm melhores condição de escolaridade e renda do que os de *crack* ou de ambas as drogas.

Quase todos os usuários de *crack* faziam uso de múltiplas drogas, e todos que haviam feito uso injetável nos últimos 12 meses (n=14) eram usuários de *crack*. Apenas cinco do 386 que consumiam *crack* referiram seu uso exclusivo. Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008) e

Oliveira e Nappo (2008a) referem este poliuso como uma característica atual do perfil dos usuários de *crack* brasileiros, verificada na pesquisa realizada entre 2011 e 2013 sobre o *Perfil dos Usuários de Crack no Brasil* (BASTOS; BERTONI, 2013), diferentemente do observado em São Paulo no início dos anos de 1990, sendo as drogas mais frequentemente relatadas as mesmas observadas no Recife (álcool, maconha e cocaína), além do tabaco, dado que não foi incluído neste estudo.

A estratégia de utilizar o *crack* misturado à maconha para lidar com os riscos decorrentes do seu consumo também foi descrita em estudos realizados em São Paulo, a exemplo de Oliveira e Nappo (2008b) e Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010a). Já seu uso intranasal, quando transformado em *virado* (pó obtido após a mistura do *crack* com ácido bórico), ainda não foi descrito em outros locais, sendo observado no Recife em 2011 e 2012 durante a Pesquisa Nacional sobre o *Perfil dos usuários de crack* e em estudo etnográfico conduzido pelo Grupo de Estudos em Álcool e outras Drogas – GEAD da Universidade Federal de Pernambuco (NAPPO et al., 2012).

O percentual de uso de drogas injetáveis no Recife, nos 12 meses anteriores ao estudo, foi o mais baixo do Projeto *Onda da Saúde* (BASTOS et al., 2010), quatro vezes menor do que a média ponderada para as dez cidades (3% vs. 12,3%), percentual que também reflete o menor consumo de cocaína em pó (41% vs. 72%). Também foi menor, cerca da metade, o percentual de compartilhamento de agulhas ou seringas (21,4% vs. 45,8%).

Ainda em relação aos UDI, a taxa de uso injetável na prisão foi quatro vezes maior (13,2%) do que a observada para o total dos entrevistados nos 12 meses anteriores ao estudo, assim como foi maior, neste período, o uso injetável e o compartilhamento de seringas e agulhas entre os que declararam já terem sido presos. Esta relação entre uso injetável, prisão e comportamento de risco é bem discutida na literatura, a exemplo de Burattini et al. (2000) e Dolan et al. (2007), que chamam atenção para a necessidade de intervenções específicas dirigidas a este espaços. Além da relação entre uso injetável e prisão, verificou-se importante percentual de uso de drogas em centros de recuperação para menores (42%).

Outra característica importante foi metade dos usuários referirem consumir drogas apenas em locais fechados (casas), perfil que reforça o alcance do método RDS no recrutamento de indivíduos que evitam locais públicos. Chama ainda atenção que 14% mencionaram a casa do traficante como local de consumo, às vezes quartos individuais ou coletivos, denominados por

Oliveira (In OLIVEIRA; SANTOS, 2010) de *salas de uso do tráfico*, espaços onde há relatos de troca de sexo por drogas entre usuários.

Já haviam feito tratamento alguma vez na vida 24% dos entrevistados, abaixo da média estimada para o Projeto (32%). Esta diferença pode estar relacionada ao maior percentual de usuários de *crack* no Recife, visto que no levantamento do Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (2012), os usuários exclusivos de cocaína em pó procuraram dez vezes mais tratamento (10%) do que os de cocaína em pó e *crack* (1%). Chama atenção a diferença do percentual dos que já realizaram algum tratamento, três vezes maior no Projeto *Onda da Saúde* do que o verificado no levantamento do Instituto, sendo também maior o percentual dos que gostariam de se tratar, verificado na Pesquisa sobre o *Perfil dos Usuários de Crack*, (79% vs. 30%) (BASTOS; BERTONI, 2013a).

Os percentuais bem mais elevados de tratamento e de desejo em realizá-lo falam a favor do fortalecimento das políticas públicas para álcool e outras drogas atualmente adotadas pelo Governo do Estado de Pernambuco e pela Prefeitura da Cidade do Recife (o Programa Atitude e o Programa Mais Vida, respectivamente), pautadas no estabelecimento de vínculos e no tratamento voluntário.

Não foram analisados neste estudo alguns aspectos relacionados ao risco de infecções pelo uso e compartilhamento de cachimbos e tubos utilizados para consumir drogas como o crack e a cocaína, e pelas lesões causadas na pele e nas mucosas (como as queimaduras nos dedos, boca, lábios e nariz). Bastos e Bertoni (2013a) identificaram que 70% dos usuários de *crack* no Brasil compartilham os apetrechos utilizados para fumar a droga.

Conhecimento sobre HIV, acesso a preservativos

Apenas 28% dos entrevistados acertaram quatro das cinco perguntas que compõem o indicador UNGASS de conhecimento sobre o HIV, inferior ao observado na PCAP-2008 para a população do Nordeste (54%) (BRASIL, 2011b). Este percentual foi inferior ao verificado entre HSH (62%) e mulheres profissionais do sexo (42%) (BRASIL, 2010b), indicando ser este o grupo com menor conhecimento sobre HIV e aids entre aqueles com maiores taxas de infecção pelo HIV.

Tais diferenças ocorrem pelo desconhecimento sobre equívocos quanto a formas de transmissão do vírus (falsos riscos), sendo próximo o conhecimento sobre os riscos verdadeiros e a prevenção da infecção congênita com o tratamento da gestante HIV positiva.

Comparando com a população geral do Nordeste (BRASIL, 2011b), os usuários de drogas ilícitas do Recife acreditam mais no falso risco de compartilhar louças e refeições (52,5% vs. 78,5%), de utilizar banheiros públicos (42,5% vs. 80,7%) e de ser picado por um inseto (47,5% vs. 96,2%).

Situação semelhante foi verificada por Singer et al. (2011) no Rio de Janeiro, sendo levantado que, além do problema da baixa escolaridade verificada entre os usuários de drogas ilícitas entrevistados, a crença em falsos riscos seria uma forma de negar sua responsabilidade por se envolver em situações de risco ligadas ao uso de drogas (que poderíamos, de outra forma, falar de uma maneira de lidar com estes riscos, reduzindo sua angústia) e de explicar porque pessoas com o mesmo padrão de comportamento, umas se infectam e outras não.

No que se refere ao acesso a preservativos, chama atenção o percentual que relatou ter recebido este insumo gratuitamente nos últimos 12 meses (75%), mais de duas vezes o observado para a população do Nordeste (BRASIL, 2011b) e a média ponderada para as dez cidades no Projeto *Onda da Saúde* (~ 30%), mas semelhante ao verificado nos estudos com HSH (72%) e mulheres profissionais do sexo (77%) (BRASIL, 2010b).

O acesso verificado a este insumo pode estar refletindo o êxito das políticas municipais de DST/aids, redução de danos no consumo de drogas e atenção básica (Programa Saúde da Família), porém, apenas 23,5% referiram ter utilizado consistentemente nos 12 meses anteriores ao estudo, próximo ao observado para a população do Nordeste (24,8%) (BRASIL, 2011b); o que aponta para uma atitude menos favorável dos usuários de drogas ilícitas, visto que o acesso a este insumo referido pela população geral é menor. Além disso, cerca de 65% referiram já ter deixado de usar preservativos por estar sob efeito do álcool ou de outras drogas, um pouco acima do verificado por Dos Reis (2010) entre usuários de drogas ilícitas no Rio de Janeiro (60,9%).

Além da importância de melhor caracterizar o acesso deste grupo a preservativos, quanto à quantidade e periodicidade, são necessárias análises para compreensão das atitudes frente às situações de risco no contexto socialmente marginalizado do uso de drogas, questão fundamental para o êxito das ações de prevenção e controle da epidemia de HIV e de outras DST. Nesta direção, é preciso considerar que a população usuária de drogas ilícitas conhece os riscos verdadeiros em relação à infecção pelo HIV, mas acredita em falsos riscos, ao mesmo tempo em que refere baixa utilização do preservativo (23,5%) e declara não ter nenhuma chance de estar infectado (31%) ou não saber avaliar (~37%).

Comportamento sexual

Comparando com os achados da PCAP-2008 para a população do Nordeste (BRASIL, 2011b), verifica-se uma proporção cerca de duas vezes maior entre os usuários de drogas ilícitas de início da vida sexual antes dos 15 anos (53% vs. 28%). Entre os que relataram relações com parceiro(s) fixos(s) (64%), pelo menos 80% também relataram parceiros casuais e/ou comerciais. Quanto ao número de parceiros sexuais nos últimos 12 meses, apesar da proporção semelhante de indivíduos que tiveram mais de cinco parceiros casuais (~33%), os usuários de drogas referiam cerca de duas vezes mais este tipo de parceria (51% vs. 28%). Considerando ainda que dos 37% que trocaram sexo por dinheiro ou drogas, 38% tiveram mais de cinco parceiros, nota-se que o número de parceiros sexuais neste grupo é maior do que na população geral, como mostra a literatura (DUAILIBI; RIBEIRO; LARANJEIRA, 2008).

Outro aspecto relacionado à maior vulnerabilidade desta população é a comercialização do sexo para obtenção da droga. Tem sido amplamente discutido na literatura, em especial entre as mulheres, a estreita relação entre o uso compulsivo de *crack* e a troca de sexo diretamente pela droga ou por dinheiro para comprá-la. Geralmente estas relações são desprotegidas, por esquecimento do preservativo, desvalorização ou desinformação sobre a importância do seu uso e/ou por exigência do cliente, num contexto de urgência para aquisição da droga e, ao mesmo tempo, sob efeito de seu uso. Soma-se a este contexto o estigma, a baixa autoestima e a perda da capacidade de recusa a situações de risco (BASEMAN; ROSS; WILLIAMS, 1999; EDLIN et al., 1994; BOOTH; WATTERS; CHITWOOD, 1993, 2000; LOGAN; LEUKEFELD, 2000; MALTA et al., 2008; NAPPO et al., 2004; NUNES et al., 2007).

Ao comparar o uso de preservativo pelos entrevistados por tipo de parceria, observa-se que 47% referiram o uso consistente nas relações com parceiros casuais, e nas que envolvem a troca de sexo este percentual foi menor, de 36%, sendo maior o número de parceiros nestas relações. O uso consistente com clientes foi abaixo do verificado entre as profissionais do sexo (55%) (BRASIL, 2010b), o que indica a menor capacidade dos usuários de *crack* de adotar cuidados para sua proteção. Em relação às mulheres, Malta et al. (2008) chamam atenção para as frequentes experiências de violência física e sexual com clientes e parceiros (casuais e fixos), que prejudicam seu poder de negociação e o uso do preservativo.

Semelhante ao observado no Recife, entre os usuários de crack no Brasil a proporção de mulheres que trocam sexo por dinheiro ou drogas é bem superior a dos homens. Contudo, a

proporção no Recife de usuários que referiram esta prática foi mais elevada, duas vezes maior à média nacional entre as usuárias de *crack* (58,6% vs. 29,9%) e 21 vezes maior entre os usuários do sexo masculino (27,5% vs. 1,3%); como também acima do observado por Cruz et al. (2013) entre as formas de aquisição de recursos referidas por jovens usuários de *crack* de Salvador (8%) e do Rio de Janeiro (17%).

De acordo com o observado por Nappo, Sanchez e Oliveira (2011), a comercialização do sexo entre as usuárias de *crack* de São Paulo é uma das principais estratégias para obtenção da droga, assim como observado em estudos norte-americanos, como os desenvolvidos por Edlin et al. (1994) e por Logan e Leukefeld (2000). Apesar de Bastos e Bertoni (2013a) não terem estimado uma média nacional que aponte esta prática como o principal meio de aquisição da droga, o fato das mulheres consumirem diariamente mais pedras (21) do que os homens (13) pode estar relacionado ao seu maior engajamento nesta atividade.

Antecedentes de DST

O percentual de indivíduos que relataram sintomas de DST nos 12 meses anteriores foi acima do observado tanto entre homens como entre mulheres na população geral (BRASIL, 2011b), incluindo verrugas (8,6% vs. 1,8), feridas (12,5% vs. 4% nos homens e 7,3% nas mulheres) e bolhas (6,5% vs. 2,2% nos homens e 3,6% nas mulheres). No Recife, também foi mais elevada a proporção que referiu pelo menos um sintoma de DST (33,4%) quando comparado com o estudo realizado por De Carvalho e Seibel (2009) com amostra de conveniência de usuários de *crack* de São Paulo (22%).

O percentual dos que tiveram antecedentes de DST e que procuraram por tratamento no último episódio (81%) foi semelhante ao observado para a população do Nordeste (82% dos homens e 87% das mulheres) (BRASIL, 2011b). Contudo, entre os que procuraram por tratamento, verificou-se menor proporção que buscou atendimento médico ou em serviços de saúde (52%), tanto em relação aos homens (70%) como às mulheres (99%) no Nordeste, o que pode estar indicando a maior dificuldade dos usuários de drogas ilícitas em acessar os serviços de saúde, como levantado por Ahern, Stuber e Galea (2007), aspecto reforçado pelo elevado percentual de discriminação e estigma referido pelos entrevistados.

Entre os que procuram serviços de saúde, menos da metade relataram que receberam orientações quanto ao uso regular de preservativos (18%) ou à importância da comunicação da ocorrência ao parceiro (35%), sendo um pouco mais elevada a proporção dos que foram orientados a realizar o teste de HIV (45%) e o de sífilis (53%). Tais achados indicam que pelo

menos metade destes indivíduos, que estavam apresentando sintomas de DST e que fazem parte de uma população com maior vulnerabilidade ao HIV, passaram pelos serviços de saúde sem que este contato, aparentemente, tenha tido qualquer impacto em relação a medidas preventivas e de controle.

Testagem e prevalência de sífilis e HIV

Os usuários de drogas ilícitas no Recife apresentaram cobertura de testagem para HIV (39%) semelhante à observada na população geral (37%), mas abaixo da média nacional para esta população (44%), que teve a menor cobertura entre os grupos em situação de maior vulnerabilidade, sendo verificada taxa de 54% entre os HSH e de 65% entre as mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2012c).

Contudo, apesar do aparente descompasso entre conhecimento sobre a infecção pelo HIV, uso de preservativo e autoavaliação das chances de se infectar, entre os motivos para terem se testado, referiram três vezes mais que tinham algum risco (12,5%) quando comparado com a população geral (4%) (BRASIL, 2011b). Observou-se ainda que os usuários que tiveram teste rápido de HIV positivo haviam se testado pelo menos duas vezes mais (83%) do que os com teste rápido negativo (37%), diferença significativa ($p < 0,001$), indicando de alguma forma a percepção do risco e uma atitude positiva frente a esta percepção. Nesta direção, outra observação importante foi o relato de uso de preservativo em todas as relações sexuais por metade ($n=3$) dos que sabiam ser HIV positivos ($n=6$).

Por outro lado, 18% dos usuários de drogas que não haviam se testado, apontaram como principal motivo o medo. Singer et al. (2011) identificaram, entre usuários de drogas ilícitas no Rio de Janeiro, que além do medo de descobrir que são infectados, havia o medo da coleta de sangue, a preocupação de outras pessoas saberem do seu resultado e o desconforto com a natureza pública dos locais de testagem, provavelmente relacionado com a criminalização do uso.

Entre os indivíduos que tiveram teste rápido positivo para sífilis e/ou HIV no estudo, em torno de 70% não sabiam do seu status sorológico. A prevalência de sífilis no Recife (22,4%) foi três vezes a estimada para as dez cidades do Projeto *Onda da Saúde* (7,2%) e duas vezes a encontrada por Coffin (2010) entre usuários de drogas de países de baixa e média renda (11,1%).

A prevalência da infecção pelo HIV nos usuários de drogas ilícitas no Recife foi de 5,4%, semelhante a encontrada para as dez cidades do Projeto (5,9%), mas nove vezes a estimada para a população geral em 2009 (0,6%) (BRASIL, 2010b), confirmando a concentração da epidemia neste grupo. Para o Brasil, foi estimada prevalência doze vezes entre os usuários de crack (5%) (BASTOS; BERTONI, 2013a) quando comparado com a população geral (0,4%) (BRASIL 2012a), sendo estimada para os usuários de crack nas capitais (5,9%) prevalência igual à verificada no Projeto *Onda da Saúde*.

Foram verificadas diferenças significantes por sexo, a prevalência de sífilis nos homens (12,4%) foi três vezes menor do que nas mulheres (40,8%), taxa dez vezes maior a estimada nacionalmente para as profissionais do sexo (3,8%) (SZWARCOWALD, 2009). Mesmo considerando apenas os casos de sífilis ativa (cerca de um terço tinham VDRL com titulação acima de 1/8), esta população apresentou carga da doença maior do que a observada nacionalmente para as gestantes (1,6%) (SZWARCOWALD; SOUZA-JÚNIOR, 2006) e os conscritos das forças armadas (0,5%) (BRASIL, 2010c).

Estas diferenças possivelmente se devem a maior vulnerabilidade das mulheres quanto a práticas relacionadas à infecção pelo HIV, como verificado por Pascom e Szwarcwald (2011), que evidenciaram grandes diferenças por sexo na análise dos dados da PCAP-2008. A menor utilização de preservativos pelas mulheres, as relações desiguais de gênero historicamente desfavoráveis para elas, além da violência doméstica e sexual, que dificultam sua autonomia para tomar decisões, incluindo a negociação do sexo protegido, são situações marcadamente presentes na vida das usuárias de *crack* (BRASIL, 2011a; MALTA et al., 2008; NAPPO, 2004; NAPPO; SANCHEZ; OLIVEIRA, 2011).

Na regressão logística univariada foi verificada a associação da infecção pelo HIV ao sexo feminino (OR = 4,6), o estar casado ou morar com companheiro (OR = 7,2) e ter tido parceiro fixo nos 12 meses anteriores ao estudo (OR = 3,7). As associações com estar casado/morar com companheiro ou ter parceiro fixo necessitam de análise cuidadosa e chamam atenção para a menor frequência do uso de preservativo nestas relações (BRASIL, 2011b), assim como para a baixa frequência de uso nas situações de infidelidade, considerada por Pascom e Szwarcwald (2011) como questão importante a ser considerada nas estratégias de prevenção do HIV e outras DST.

A associação com já ter se testado para HIV (OR = 7,8) e conhecer alguma ONG que trabalha com o tema HIV/aids (OR = 5,1), apontam para atitudes favoráveis frente a situações de

maior risco e para o estabelecimento de rede de apoio para pessoas com HIV. A associação com o início da vida sexual antes dos 15 anos (OR = 2,8) e com ter deixado de usar preservativo por conta do uso de álcool ou de outra droga (OR = 3,4) estão de acordo com as tendências observadas na literatura (BASTOS; CUNHA; BERTONI, 2008; SANTOS, 2009; WEISER, 2006), e reforçam a necessidade de investimentos em ações de educação e informação em saúde, que necessariamente precisam envolver as escolas.

Foram ainda significantes as associações com ter tido pelo menos um sintoma de DST nos 12 meses anteriores (OR = 4,5), não ter se curado do último episódio de DST (OR = 4,4) e ter teste rápido positivo para sífilis (OR = 2,7). A associação entre DST (em especial a sífilis), HIV, uso de *crack* e troca de sexo por dinheiro ou drogas vem sendo abordada por estudos norte-americanos desde os anos de 1990, a exemplo de Dehovitz et al. (1994), Ernst e Martin (1993), Nakashima et al. (1996) e Ross e Williams (2001).

Na revisão sistemática com meta-análise de estudos brasileiros, realizada por Malta et al (2010), os principais fatores associados à infecção pelo HIV, no contexto da transmissão sexual, foram o relato de parceiro sexual UDI ou com HIV, a comercialização do sexo e as relações sexuais entre homens. As duas primeiras variáveis não foram investigadas no presente estudo e não houve diferenças significantes em relação às demais, apesar da prevalência de HIV duas vezes maior entre o que declararam ter relações sexuais com pessoa do mesmo sexo. Não houve diferença entre os que trocaram sexo por dinheiro ou drogas, mas análises mais detalhadas são necessárias, com amostras que permitam a estratificação em grupos mais homogêneos, como a estratificação por sexo, para avaliar adequadamente esta variável, tão importante no contexto do uso de *crack* e da vulnerabilidade ao HIV.

Apesar das prevalências mais elevadas de HIV, também não foi observada significância estatística entre os que tinham baixa escolaridade (≤ 7 anos), baixa renda (< 1 salário mínimo) e que estiveram em centros de recuperação para menores, fatores associados à infecção pelo HIV em estudos com amostras de conveniência desenvolvidos no Rio Grande Sul (BARCELLOS; FUCHS; FUCHS, 2003; De BONI; PECHANESKY, 2002; PECHANESKY et al., 2004).

Os intervalos de confiança estimados para a maioria dos odds ratio foram amplos, possivelmente devido a baixa prevalência do HIV e o tamanho da amostra, que leva a poucas observações em alguns estratos das variáveis analisadas e, conseqüentemente, a menor acurácia para detecção adequada de sua significância. Por outro lado, o tamanho da amostra

não permite sua estratificação em grupos mais homogêneos, a fim de controlar esta variabilidade.

Devido as dificuldades em obter estimativas com menor variabilidade do *odds ratio*, optou-se por não realizar a análise multivariada dos fatores associados à infecção pelo HIV. Contudo, a descrição do perfil da população estudada permitiu observar importantes características de sua vulnerabilidade e elevadas prevalências de HIV e sífilis, reforçando a necessidade de estratégias de intervenções voltadas para o controle das DST e da epidemia de HIV/aids nesta população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método RDS mostrou-se apropriado para recrutamento de usuários de drogas ilícitas no Recife, possibilitando a seleção de uma amostra geograficamente diversa, presente em todas as suas regiões e microrregiões, bem como na maioria de seus bairros, abrangendo a maior parte daqueles com registros policiais de uso, posse ou de tráfico de drogas, e com cenas de uso de *crack* mapeadas. Verificou-se uma importante mobilidade em relação ao uso de drogas, que possibilita o estabelecimento de cadeias de referência bem conectadas e abrangentes, assim como o planejamento de ações de prevenção estruturadas na difusão pelas redes sociais dos usuários.

O georreferenciamento dos lugares onde a amostra havia feito uso de drogas, considerando a importância das redes sociais na disseminação do HIV e de comportamentos de risco e de proteção; além da utilização de outros dados empíricos na análise do desempenho geográfico do recrutamento RDS – os registros policiais de uso, posse ou tráfico de drogas e o mapeamento das cenas de uso de *crack* – permitiram observar uma melhor representatividade da amostra do que a verificada apenas com a informação do local de moradia dos recrutados.

A distribuição espacial da amostra mostrou relação com a localização do centro de entrevista e testagem, a distribuição dos registros policiais e os indicadores socioeconômicos dos bairros. A adoção de mais de um local para entrevistas e testagens em estudos que empreguem o método RDS no Recife, dispersos pelo território, possivelmente facilitará o recrutamento de usuários de forma mais homogênea entre as RPAs, ampliando a cobertura e favorecendo uma melhor distribuição espacial da amostra. Investigações que apontem estratégias para acessar e estimular a participação de indivíduos com melhores condições socioeconômicas também são necessárias para uma representação mais ampla do universo de usuários de drogas ilícitas.

Apesar das dificuldades para recrutar a amostra TLS, verificou-se a complementariedade dos métodos RDS e TLS do ponto de vista geográfico e do acesso a indivíduos que fazem uso de drogas em diferentes espaços – privados (cenas fechadas) e públicos (cenas abertas).

Considerando a cobertura geográfica da amostra RDS recrutada, foi possível traçar o perfil dos usuários de drogas ilícitas no Recife, especialmente dos usuários de *crack*: população predominantemente constituída por homens, mas com importante presença de mulheres (29%), jovens, pardos, solteiros, com filhos e baixa condição socioeconômica, a maioria com

residência fixa, mas uma considerável proporção em situação de rua (22%). A maioria consome *crack* pelo menos quatro dias por semana – em cachimbos, misturado ao cigarro de maconha ou de tabaco e aspirado após ser transformado em *virado* – e faz uso de múltiplas drogas, sendo pouco frequente o uso de drogas injetáveis. Metade iniciou o uso de drogas ilícitas (exceto maconha) antes dos 18 anos e consome há mais de 6 anos.

Observaram-se importantes aspectos que implicam em susceptibilidade e exposição à infecção pelo HIV e outras DST em todas as dimensões analíticas da vulnerabilidade – individual, social e programática, sendo marcante o contexto de estigmatização, discriminação, violência e criminalidade.

Metade dos usuários de drogas ilícitas iniciou a vida sexual antes dos 15 anos e a maioria tem parceiros fixos e também casuais e/ou comerciais. Apesar de 75% ter referido acesso a preservativos de forma gratuita, o uso consistente em todas as relações sexuais foi referido por menos de um quarto, sendo menos frequente nas relações com parceiros fixos e naquelas em que recebem dinheiro ou drogas em troca de sexo, quando o número de parceiros é maior. A prática de comercialização do sexo foi referida pela maioria das mulheres e por um pouco mais de um quarto dos homens.

O indicador UNGASS de conhecimento sobre a infecção pelo HIV mostrou que este grupo populacional tem um menor nível de conhecimento (27,6%) quando comparado à população geral, aos homens que fazem sexo com outros homens e às profissionais do sexo. A cobertura da testagem para HIV (38,9%) foi semelhante à da população do Nordeste, porém abaixo do verificado nacionalmente para os homens que fazem sexo com outros homens e para as profissionais do sexo.

Um terço relatou sintomas de DST e metade destes foi a um serviço de saúde, percentual abaixo do verificado na população geral, sendo que aproximadamente metade não foi orientada quanto a importância do uso de preservativos, da comunicação aos parceiros e da realização do teste de HIV.

Refletindo os indicadores que apontam para a maior vulnerabilidade deste grupo, foram verificadas prevalências de sífilis e de HIV bem acima das estimadas para a população geral, sendo significativamente mais acometidas as mulheres. Neste sentido, estudos com amostras estratificadas por sexo são necessários para melhor compreender as especificidades da vulnerabilidade dos usuários de drogas ao HIV e outras DST.

Além do sexo feminino, os fatores associados à infecção pelo HIV na análise univariada foram estar casado ou morar com companheiro; ter parceiro fixo; ter iniciado a vida sexual antes dos 15 anos; deixar de usar preservativo por ter consumido álcool ou outra droga; ter tido pelo menos um sintoma de DST no último ano; não ter se curado do último episódio de DST e teste rápido positivo para sífilis.

É importante lembrar que algumas associações significantes na análise univariada podem deixar de ser na análise multivariada, ou seja, quando controladas por outros fatores. Além disso, alguns resultados podem ter sido influenciados pelo pequeno número de casos (n=19) e pela impossibilidade de estratificação da amostra em grupos mais homogêneos. Neste sentido, é preciso melhor observar a associação do HIV à prática da comercialização do sexo, que no presente estudo não apresentou significância estatística.

O presente estudo reforça a necessidade de investimentos em políticas públicas voltadas para a prevenção e controle da epidemia de HIV/aids entre usuários de drogas não injetáveis, assim como em estratégias que enfrentem a marginalização social, as desigualdades de gênero, além dos desafios programáticos para ofertar ações integrais e atendimento de qualidade a esta população. Para tanto, são imprescindíveis ações articuladas entre diversos setores, como Saúde, Assistência Social, Educação, Juventude, Esporte, Cultura, Trabalho e Desenvolvimento Humano.

REFERÊNCIAS

- ABDUL-QUADER, A. S. et al. Implementation and analysis of respondent driven sampling: lessons learned from the field. *Journal of Urban Health, Care*, v.83, n.3, p. 459-476, 2006.
- ACEIJAS, C. et al. Global overview of injection drug use and HIV infection among injection drug users. *AIDS*, London, v.18, p. 2295–2303, 2004.
- AHERN, J.; STUBER, J.; GALEA, S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug and Alcohol Dependence*, Limerick, v. 88, n. 2, p. 188-196, 2007.
- ALBUQUERQUE, E. M. *Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven sampling” na estimação de prevalências de doenças transmissíveis em populações organizadas em redes complexas*. 2009. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- ARAUJO, P. J. et al. Intervention using female condom in a harm reduction project. In: THE INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 15., 2004. *Abstract*. Bangkok, 2004. Disponível em: <<http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=12 &abstractId=2168295>>. Acesso em: 15 abr. 2011.
- AYRES, J. R. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.18, supl.2, p. 1111-1123, abr./jun. 2009.
- AZEVEDO, R. C. S. de; BOTEGA, N. J.; GUIMARAES, L. A. M. Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 26-30, mar. 2007
- BARAL, S. et al. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 4, n. 12, p. e339, Dec. 2007.
- BARBOSA Jr., A. et al. Transfer of sampling methods for studies on most-at-risk populations (MARPs) in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, supl. 1, p. S36-S44, jan. 2011.
- BARBOSA Jr., A. et al. Tendências da epidemia de Aids entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, abr. 2009.
- BARCELLOS, N. T.; FUCHS, S. C.; FUCHS, F. D. Prevalence of and risk factors for HIV infection in individuals testing for HIV at counseling centers in Brazil. *Sexually Transmitted Diseases*, Philadelphia, v. 30, p. 166-173, 2003.
- BASEMAN, J.; ROSS, M.; WILLIAMS, M. Sale of sex for drugs and drugs for sex: an economic context of sexual risk behavior for STDs. *Sexually Transmitted Diseases*, Philadelphia, v. 6, p. 444-449, Sept. 1999.
- BASTOS, F. I.; BERTONI, N. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Livroto Epidemiológico. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>. Acesso em 20 set. 2013a.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do País*. Livreto Domiciliar. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>. Acesso em: 20 set. 2013b.

BASTOS, F. I. et al. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE PREVENÇÃO DAS DST E AIDS, 8., 2010, Brasília. *Apresentação em Power Point*, Congresso Brasileiro de Prevenção das DST e AIDS, 2010. Disponível em: <http://sistemas.aids.gov.br/prevencao2010/sites/default/files/page/2010/18.06.2010/MR_%20ElisabethMaciel.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2013.

BASTOS, F.I. et al. *Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros: Projeto de Pesquisa*, Rio de Janeiro: Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica, Fundação Oswaldo Cruz, 2008a.

BASTOS, F. I. et al. AIDS in Latin America: assessing the current status of the epidemic and the ongoing response. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 37, n. 4, p. 729-737, 2008b.

BASTOS, F. I.; CUNHA, C. B.; BERTONI, N. Uso de substâncias psicoativas e métodos contraceptivos pela população urbana brasileira, 2005. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.42, supl.1, p.118-126, 2008.

BASTOS, F..I.; BERTONI, N.; HACKER, M. A. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol. 42, supl. 1, p.109-117, 2008.

BASTOS, F. I.; FATIMA DE PINA, M. D.; SZWARCOWALD, C. L. The social geography of HIV/AIDS among injection drug users in Brazil. *International Journal of Drug Policy*, Liverpool, v. 13, n. 2, p. 137-144, 2002.

BERTONI, N. et al. Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1350-1360, 2009.

BOILY, M. C.; LOWNDES, C.; ALARY, M. The impact of HIV epidemic phases on the effectiveness of core group interventions: insights from mathematical models. *Sexually Transmitted Infections*, London, v. 78, supl 1, p. i78-i90, 2002.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO AIDS E DST. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, ano 7, n. 1, 2010.

BOLETIM INFORMATIVO DST/Aids. Recife: Secretaria de Saúde de Pernambuco, ano 9, n. 2, dez. 2009.

BOOTH, R. E.; KWIATKOWSKI, C. F.; CHITWOOD, D. D. Sex related HIV risk behaviors: differential risks among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *Drug and Alcohol Dependence*, Limerick, v. 58, n. 3, p. 219-226, 2000.

BOOTH, R. E.; WATTERS, J. K.; CHITWOOD, D. D. HIV risk-related sex behaviors among injection drug users, crack smokers, and injection drug users who smoke crack. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 83, n. 8, p. 1144-1148, 1993. v. 83, p. 1144-8, 1993.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Aids no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Política brasileira de enfrentamento da aids*. Resultados, avanços e perspectivas, 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Plano Integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de aids e outras DST*. Versão revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *PCAP - Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Perfil dos usuários de crack nas 26 capitais, DF, 9 regiões metropolitanas e Brasil*: Projeto de Pesquisa, Brasília, 2010a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *UNGASS-HIV/Aids. Resposta Brasileira 2008-2009*. Relatório do progresso do país. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Prevalência da sífilis, do HIV e do HTLV e Fatores Comportamentais Associados: estudo Transversal com Conscritos das Forças Armadas*. Brasília, 2010c. *Apresentação em Power Point*. Disponível em: <http://www.abiaids.org.br/_img/media/GersonFernando%20-%2014%2012.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília, 2009.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Teste rápido - por que não?* Estudos que contribuíram para a política de ampliação da testagem para o HIV no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Capacitação para o diagnóstico da infecção do HIV utilizando testes rápidos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Aconselhamento em DST, HIV e Aids: diretrizes e procedimentos básicos*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

- BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A., SZWARCOWALD, C. L. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Brasília, v. 2, p. 207-17, mar.-abr. 2001.
- BURATTINI, M. N. et al. Correlation between HIV and HCV in Brazilian prisoners: evidence for parenteral transmission inside prison. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 5, Oct. 2000.
- BURT, RD et al. Evaluating respondent-driven sampling in a major metropolitan area: Comparing injection drug users in the 2005 Seattle area national HIV behavioral surveillance system survey with participants in the RAVEN and Kiwi studies. *Annals of epidemiology*, New York, v. 20, n. 2, p. 159–167, Feb. 2010.
- CARLINI, E. A. et al. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2006.
- CARLINI E. A. et al. *I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2001)*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2002.
- COFFIN, L. S. Syphilis in drug users in low and middle income countries. *International Journal of Drug Policy*, Liverpool, v. 21, n. 1, p. 20-27, Jan. 2010.
- CRUZ, M.S. et al. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. *The International Journal on Drug Policy*, London, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0955395913000418>> Acesso em: 17 ago. 2013.
- De BONI, R.; PECHANSKY, F. Age and gender as risk factors for the transmission of HIV in a sample of drug users of Porto Alegre, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v.24, p.137-140, 2002.
- DE SOUZA, C. T. et al. The association of socioeconomic status and use of crack/cocaine with unprotected anal sex in a cohort of men who have sex with men in Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Hagerstown, v. 29, n. 1, p. 95-100, 2002.
- DEHOVITZ, J. A. et al. Sexually transmitted diseases, sexual behavior, and cocaine use in inner-city women. *American Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 140, n. 12, p. 1125-1134, Dec. 1994.
- DIAS, A. C. et al. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: a 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *Journal of substance abuse treatment*, New York, v. 41, n. 3, p. 273-278, Oct. 2011.
- DOLAN, K. et al. HIV in prison in low-income and middle-income countries. *The Lancet Infectious Diseases*, London, v. 7, n. 1, p. 32-41, Jan. 2007.
- DOS REIS, N. B. *Conhecimento sobre HIV/AIDS entre usuários de drogas*. 210. 122 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.

- DUAILIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 4, p. s545-s557, jan. 2008.
- DE CARVALHO, H. B.; SEIBEL, S. D. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinics*, São Paulo, v. 64, n. 9, p. 857-866, Sept. 2009.
- DE CARVALHO, H. B. et al. HIV and infections of similar transmission patterns in a drug injectors community of Santos, Brazil. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Hagerstown, v. 12, n. 1, p. 84-92, May 1996
- DUNN, J.; FERRI, C. P. Epidemiological methods for research with drug misusers: review of methods for studying prevalence and morbidity. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 206-215, Apr. 1999.
- EDLIN, B. R. et al. Intersecting epidemics-crack cocaine use and HIV infection among inner-city young adults. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 331, n. 21, p. 1422-1427, Nov. 1994. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199411243312106>>. Acesso em: 20 jun 2013.
- ERNST, A. A.; MARTIN, D. H. High syphilis rates among cocaine abusers identified in an emergency department. *Sexually transmitted diseases*, Philadelphia, v. 20, n. 2, p. 66-69, Mar./Apr. 1993.
- FERNANDES, L.; PINTO, M. El espacio urbano como dispositivo de control social: territorios psicotrópicos y políticas de la ciudad. *Humanitas Humanidades Médicas*, Barcelo, n. 5, p. 147-162, 2004. Disponível em: <<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/17756/2/57922.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.
- FIGUEIREDO, R. Uso de preservativos, risco e ocorrência de gravidez não planejada e conhecimento e acesso à contracepção de emergência entre mulheres com HIV/Aids. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, supl.1, p. 1175-1183, 2011.
- GOEL, S.; SALGANIK, M. J. Assessing Respondent-driven sampling. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Washington, v. 107, n. 15, p. 6743-6747, Apr. 2010.
- GRASSLY, N. C.; GARNETT, G. P. The future of the HIV pandemic. *Bulletin of the World Health Organization*, Genebra, v. 83, n. 5, p. 378-382, May 2005.
- GREENBERG, M. S. et al. The association between congenital syphilis and cocaine/crack use in New York City: a case-control study. *American Journal of Public Health*, Washington, v. 81, n. 10, p. 1316-1318, Oct. 1991.
- GRUPO DE ESTUDOS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (Recife). *Entre pedras e tiros: perfil dos usuários, estratégias de consumo e impacto social do uso do crack*. Relatório final de atividades do projeto de pesquisa (Edital FACEPE 13/2010). Recife: Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Serviço Social. GEAD, 2012.
- GUERRIERO, I.; AYRES, J. R.; HEARST, N. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 4, ago. 2002.

GUINDALINI, C. et al. Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: do they represent a different group?. *BMC Public Health*, London, v. 6, n. 1, p. 10, Jan. 2006.

HACKER, M. A. et al. Social inequality and bridging between injection drug users and the general population may explain unabated spread of HIV in Southern Brazil. In: INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE, 16., 2006, Toronto. *Anais*. Toronto: IAS, 2006, v. 1., p. 0044-0044.

HACKER, M. A.; BASTOS, F. I. A dinâmica do HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis: desafios e sucessos na terceira década da epidemia. *Divulgação em Saúde para Debate*, Londrina, v. 29, p. 124-134, dez. 2003.

HECKATHORN, D. D. Respondent-driven sampling II: deriving valid population estimates from chain-referral samples of hidden populations. *Social Problems*, Berkeley, v.9, n.1, p.11-34, Feb. 2002.

HECKATHORN, D.D. Respondent-driven sampling: a new approach to the study of hidden populations. *Social Problems*, Berkeley, v.44, n.2, p.174-99, May 1997.

IBGE. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Estimativas da população - 2009*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?ibge/cnv/poppe.def>>. Acesso em: 13 ago. 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. *Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - II LENAD*, 2012. São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/arquivos/apresentacao_lenad%20cocaina_05_09.pdf>. Acesso em: fevereiro 2013.

JOHNSTON, L. G. et al. Formative research to optimize respondent-driven sampling surveys among hard-to-reach populations in HIV behavioral and biological surveillance: lessons learned from four case studies. *AIDS Care*, Oxford, v. 22, n. 6, p. 784-792, Jun. 2010.

JOHNSTON, L. G. *Introduction to Respondent-driven sampling*. Participant Manual. United States Centers for Disease Control and Prevention. Global AIDS Program, New Orleans. Tulane University, 2008. Disponível em: <<http://www.lisagjohnston.com/respondent-driven-sampling>>. Acessado em: 21 abr. 2011

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Aids Epidemic update (2009)*. Geneva, 2009.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. *Monitoring the Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Guidelines on Constructions of Core Indicators*. Geneva, 2005.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS; WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines for second generation HIV surveillance*. Geneva, 2000.

KRAL, A. H. et al. Comparing respondent-driven sampling and targeted sampling methods of recruiting injection drug users in San Francisco. *Journal of Urban Health, Care*, v. 87, n. 5, p. 839-850, 2010.

KENDALL, C. *Respondent-driven sampling*. Rio de Janeiro, 2006. Sessão científica do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais. Escola Nacional de Saúde

Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=2469&tipo=B>>. Acesso em: 29 mar. 2011.

KERR L. et al. Selective participation in a RDS survey among MSM in Ceara, Brazil: a qualitative and quantitative assessment. *DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 23, n.3, p. 126-133, 2011.

KOPETZ, C. E. et al. Social context and perceived effects of drugs on sexual behavior among individuals who use both heroin and cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, Washington, v. 18, n. 3, p. 214-220, June 2010.

LOGAN, T. K.; LEUKEFELD, C. Sexual and drug use behaviors among female crack users: a multi-site sample. *Drug and Alcohol Dependence*, Limerick, v. 58, n., 3, p. 237-245, Mar. 2000.

LOPES, F.; BUCHALLA, C. M.; AYRES, J. R. Mulheres negras e não-negras e vulnerabilidade ao HIV/Aids no Estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 39-46, dez. 2007.

LUKE, D. A.; HARRIS, J. K. Network analysis in Public Health: history, methods and applications. *Annual Review of Public Health*, Palo Alto, v.28, p.69-93, Jan. 2007.

MACÍAS, J. et al. High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: association with sharing the inhalation implements of crack. *Liver international*, Oxford, v. 28, n. 6, p. 781-786, July 2008.

MAGNANI, R. et al. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*, London, v.19, supl.2, p. S67-72, 2005.

MALEKINEJAD, M. et al. Using Respondent-driven sampling methodology for HIV biological and behavioral surveillance in international settings: a systematic review. *AIDS and Behavior*, New York, v. 12, n. 1, p. 105-130, June 2008.

MALTA, M. et al. HIV prevalence among female sex workers, drug users and men who have sex with men in Brazil: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, London, v. 10, n. 1, p. 317, June 2010.

MALTA, M. et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 830-837, Out. 2008.

MARTIN, D. H.; DICARLO, R. P. Recent changes in the epidemiology of genital ulcer disease in the United States. The crack cocaine connection. *Sexually Transmitted Diseases*, Philadelphia, v. 21, n. 2 supl., p. S76-80, 1993.

MARX, R. et al. Crack, Sex, and STD. *Sexually Transmitted Diseases*, Philadelphia, v.18, n.2, p. 92-101, Apr./June 1991.

MATHERS, B. M. et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet*, London, v. 372, n. 9651, p. 1733-1745, Sept. 2008.

McCREESH, N. et al. Evaluation of respondent-driven sampling. *Epidemiology*, Baltimore, v. 23, n. 1, p. 138-147, Jan. 2012.

MONTEALEGRE, J. R. et al. Respondent-driven sampling for HIV Biological and Behavioral Surveillance in Latin America and the Caribbean. *AIDS and Behavior*, New York, v.17, n.7, p. 2313-2340, Sep. 2013.

MURRAY, J. B. An overview of cocaine use and use. *Psychological Reports*, Montana, v. 59, n. 1, p. 243-264, Aug. 1986.

NAKASHIMA, A. K. et al. Epidemiology of syphilis in the United States, 1941–1993. *Sexually Transmitted Diseases*, Philadelphia, v. 23, n. 1, p. 16-23, Jan./Fev.1996.

NAPPO, S. A. et al. Virado: a new method of crack consumption in Brazil. *American Journal on Addictions*, Washington, v. 21, n. 6, p. 574, 2012.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. M.; OLIVEIRA, L. G. Crack, aids and women in São Paulo, Brazil. *Substance use and misuse*, New York, v. 46, n. 4, p. 476-485, 2011.

NAPPO, S. A. et al. *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação à DST/AIDS*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.

NUNES, C. L. X. et al. Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in salvador - Bahia, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Disease*, Salvador, v. 11, n. 6, p. 561-566. Dec. 2007.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista de Psiquiatria Clínica [online]*, São Paulo, v. 35, n. 6, 2008a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n6/v35n5a02.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

OLIVEIRA, L. G. de; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 664-671, ago. 2008b.

OLIVEIRA, E. M.; SANTOS, N. T. V. A rede de assistência ao usuário de álcool e outras drogas – em busca da integralidade. In SANTOS, L. M. B. *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. Rio Grande do Sul: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. p. 71-86.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. *Guías para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual*. Geneva, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Unidade de HIV/AIDS/DST. Grupo de Trabalho Técnico DST – PAC. *Infecciones de Transmisión Sexual: Marco de referencia para la prevención, atención y control de las ITS. Herramientas para su Implementación*. Washington, 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Encuesta de comportamiento en CODAR: Herramientas básicas. Diseño del estudio, adaptación del cuestionario e indicadores.* Washington, 2008.

OSIMANI, M. L. et al. VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, VDRL en usuarios de cocaína no inyectable en Uruguay. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, Palma de Mallorca, v. 17, n. 2, p. 157-162, 2005.

PASCOM, A. R. P.; SZWARCOWALD, C. L. Sex inequalities in HIV-related practices in the Brazilian population aged 15 to 64 years old, 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, supl.1, p. s27-s35, 2011.

PECHANSKY, F. et al. Fatores de risco para transmissão do HIV em usuários de drogas de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p. 1651-1660, nov/dez, 2004.

PEIXOTO, B. T.; ANDRADE, M.V.; MORO, S. Violência urbana: uma análise comparativa da vitimização em São Paulo, Rio de Janeiro, Recife e Vitória (Texto para discussão, n. 323). Belo Horizonte: UFMG, 2007.

PICCOLO, F. D.; KNAUTH, D. R. Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos. *Horizontes Antropológicos*, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 127-145, jun. 2002.

PORTELLA, A. P. Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 Municípios brasileiros. Relatório final da pesquisa formativa. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

PULERWITZ, J. et al. HIV-related stigma, service utilization, and status disclosure among truck drivers crossing the Southern borders in Brazil. *AIDS Care*, Oxford, v. 20, n. 7, p. 198-204, Feb. 2008.

RAYMOND, H. F. et al. *Guia de Recursos: Amostragem por Tempo-Local (TLS)*. 2 ed. São Francisco: Departamento de Saúde Pública de São Francisco, 2010. Disponível em: <<http://www.globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/pphg/surveillance/modules/global-trainings/time-location-sampling-resource-guide-portuguese.pdf>>. Acesso em: 12 mar 2013.

RECIFE. Prefeitura Municipal. *Perfil da Cidade*. Recife, 2013. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/infocrec/>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância à Saúde. Gerência de Atenção às DST/Aids. *Boletim Epidemiológico DST & Aids*, ano 7, n. 1, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secsaude/dststads/boletins.HTML>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

RECIFE. Prefeitura Municipal. *Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife*, 2005. Disponível em <<http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2006/>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 210-218, 2010a.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z. M; NAPPO, S. A. Surviving crack: a qualitative study of the strategies and tactics developed by Brazilian users to deal with the risks associated with the drug. *BMC Public Health*, London, v.10, n. 1, p. 671, 2010b.

ROMERO-DAZA, N.; WEEKS, M.; SINGER, M. "Nobody gives a damn if I live or die": violence, drugs, and street-level prostitution in inner-city Hartford, Connecticut. *Medical anthropology*, New York, v. 22, n. 3, p. 233-259, 2003.

ROSS, M. W.; WILLIAMS, M. L. Sexual behavior and illicit drug use. *Annu Rev Sex Res.*,12, 290–310, 2001. *Annual Review of Sex Research*, Iowa, v. 12, n. 1, p. 290-310, 2001.

SALGANIK, M. J. Commentary: respondent-driven sampling in the real world. *Epidemiology*, Baltimore, v. 23, n. 1, p. 148-150, Jan. 2012.

SALGANIK, M. J. Variance estimation, design effects, and sample size calculations for respondent-driven sampling. *Journal of Urban Health, Care*, v. 83, supl.1, p. 98-112, 2006.

SALGANIK, M. J.; HECKATHORN, D. D. Sampling and estimation in hidden populations using respondent-driven sampling. *Sociological Methodology*, Washington, v.4, n.1, p. 193-240, 2004.

SANTOS, N.J.S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. Sup 2, p. S321-S333, 2009.

SCHWARTLANDER, B. et al. HIV surveillance in hard-to-reach populations. *AIDS*, London, v. 15, supl. 3, p. S1–S3, Apr. 2001.

SILVA, V. N.; D'OLIVEIRA, A. F.; MESQUITA, F. Vulnerabilidade ao HIV entre mulheres usuárias de drogas injetáveis. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, supl. 2, Dec. 2007.

SIMÕES, A. M. A.; BASTOS, F. I. Audio Computer-Assisted Interview: uma nova tecnologia em avaliação de comportamento de risco em doenças sexualmente transmissíveis, HIV e uso de drogas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1169-1181. out. 2004.

SINGER, M. et al. Doubts Remain, Risks Persist: HIV Prevention Knowledge and HIV Testing Among Drug Users in Rio de Janeiro, Brazil. *Substance Use and Misuse*, New York, v. 46, n. 4, p. 511–522, Feb. 2011.

SPIRE, B.; De ZOYS, I.; HIMMICH, H. HIV prevention: what have we learned from community experiences in concentrated epidemics? *Journal of the International Aids Society*, London, v. 11, n. 1, p. 5, 2008.

STUEVE, A. et al. Time-space sampling in minority communities: results with young Latino men who have sex with men *American Journal of Public Health*, Washington, v. 91, n. 6, p. 922-926, June 2001.

SZWARCWALD, C. L. et al. Analysis of data collected by RDS among sex workers in 10 Brazilian cities, 2009: estimation of the prevalence of HIV, variance, and design effect. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Hagerstown, v. 57, supl. 3, p. S129-S135, Aug. 2011.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-JÚNIOR Jr., P. R. B. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. *Boletim Epidemiológico AID/DST*, Brasília, v.3, n.1, 2006.

SZWARCWALD, C. L. et al. The relationship of illicit drug consume to HIV-infection among commercial sex workers (CSWs) in the city of Santos, São Paulo, Brazil. *International journal of drug policy*, Liverpool, v. 9, n. 6, p. 427-36, 1998.

TELLES, P. R. et al. Risk behavior and HIV seroprevalence among injecting drug users in Rio de Janeiro, Brazil. *AIDS*, London, v. 11, supl. 1, p. S35-42, 1997.

TOLEDO, L. et al. Putting respondent-driven sampling on the map: insights from Rio de Janeiro, Brazil. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Hagerstown, v. 57, p. S136-S143, Aug. 2011.

TORTU, S. et al. Sharing on noninjection drug-use implements as a risk factor for hepatitis C. *Substance Use and Misuse*, New York, v. 39, n. 2, p. 211-224, Jan. 2004.

TOUSSOVA, O. et al. Potential bridges of heterosexual HIV transmission from drug users to the general population in St. Petersburg, Russia: Is it Easy to be a Young Female? *Journal of Urban Health, Care*, vol. 86, supl. 1, p. 121-130, 2009.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES. *World Drug Report 2013*. Vienna, 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES. *World Drug Report 2012*. Vienna, 2012.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES. Commission on Narcotic Drugs. Fifty-third session. *Responding to the prevalence of HIV/aids and other blood-borne diseases among drug users*. Vienna, 2009. Disponível em <[http://www.7sisters.org/attachments/051_Responding to the prevalence of HIV_AIDS and other blood borne diseases among drug users.pdf](http://www.7sisters.org/attachments/051_Responding_to_the_prevalence_of_HIV_AIDS_and_other_blood_borne_diseases_among_drug_users.pdf)>. Acesso em: mar. 2013.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIMES. *World Drug Report 2005*, v. 1: analysis. Vienna, 2005.

VAN GRIENSVEN, F. et al. The global epidemic of HIV infection among men who have sex with men. *Current Opinion in HIV and AIDS*, Hagerstown, v. 4, n. 4, p. 300-307, Jul. 2009.

VOLKOW, N. et al. Stimulant-induced enhanced sexual desire as a potential contributing factor in HIV transmission. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 164, n. 1, p. 157-160, 2007.

VOLZ, E.; HECKATHORN, D. D. Probability Based Estimation Theory for Respondent-driven sampling. *Journal of Official Statistics*, Stockholm, v. 24, n. 1, p. 79-97, 2008. Disponível em: <<http://www.jos.nu/articles/article.asp>>. Acesso em: 3 maio 2011.

WALLACE, J. L et al. Oral sex, crack smoking and HIV infection among female sex workers who do not inject drugs. *American journal of public health*, Washington, v. 87, n. 3, p. 470-470, Mar. 1997.

WEISER, S. D. et al. A population-based study on alcohol and high-risk sexual behaviors in Botswana. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 3, n. 10, p. e392, 2006.

WEJNERT, C. An Empirical Test Of Respondent-Driven Sampling: Point Estimates, Variance, Degree Measures, And Out-Of-Equilibrium Data. *Sociological Methodology*, San Francisco, v. 39, n. 1, p. 73-116, 2009.

Apêndice A – Roteiros de entrevistas da pesquisa formativa

Roteiro para Grupo Focal/Entrevista com usuários de drogas

1. Na opinião de vocês quais são as drogas mais usadas aqui em Recife e Pernambuco?
2. Como é que as pessoas começam a usar drogas? E vocês, como começaram a usar?
3. Como é que se consegue drogas aqui na cidade?
4. Qual o tipo de drogas mais fácil de conseguir?
5. E onde as pessoas costumam usar (locais, bares, casa, praça, morros etc)?
6. Que tipo de drogas vocês costumam usar? Porque preferem ou escolheram essa(s) droga(s) (preço, prazer, facilidade)
7. As pessoas que você conhece costumam usar drogas sozinhas ou em grupo?
8. Quantas pessoas que você conhece também usam drogas (cocaína, *crack*, heroína?)
9. Na opinião de vocês existem diferenças entre as pessoas que usam *crack*, cocaína ou heroína? Quais são essas diferenças?
10. Vocês já fizeram teste para detecção do HIV? Onde fizeram? Demorou muito para receber o resultado?
11. Vocês acham que o teste rápido pode facilitar a participação das pessoas nessa pesquisa?
12. E o que acham do incentivo financeiro?
13. Que outras coisas ou incentivos poderiam atrair vocês e outras pessoas para participar dessa pesquisa? (vale transporte, vale refeição)
14. O que vocês acham de fazer a pesquisa aqui no CPTRA? Há outros locais que seriam melhores do que esse?
15. Quantas pessoas vocês acham que podem convidar para fazer parte desta pesquisa?
16. E vocês, aceitariam o convite para ser semente nessa pesquisa?

Roteiro para Grupo Focal com Profissionais de saúde/ONG

1. Quais os serviços de saúde que trabalham com usuários de drogas aqui em Recife e em Pernambuco?
2. Quais as características destes serviços quanto a horário de funcionamento, serviços disponíveis, tipo de abordagem do problema?
3. Quais as ONGs que trabalham com usuários de drogas aqui em Recife e em Pernambuco?
4. Quais as características destes serviços quanto a horário de funcionamento, serviços disponíveis, tipo de abordagem do problema?
5. Quais os serviços que vocês percebem como sendo mais amigáveis e acessíveis para a população de usuários de drogas deste município?
6. Como vocês acham que os usuários de drogas iriam perceber a realização de teste rápido para detecção de HIV e sífilis nesta pesquisa?
7. E quanto à aceitação de uma entrevista de pesquisa realizada de forma individual, utilizando um computador para responder, como vocês acham que eles/as receberiam?
8. O que vocês acham da oferta de incentivos para a participação na pesquisa?
9. Quais os horários que seriam mais adequados para entrevistar esta população?
10. O que vocês acham que poderia facilitar a participação de usuários de drogas na pesquisa? E o poderia dificultar essa participação?
11. Quais os locais que vocês consideram mais acessíveis e amigáveis para realizar a pesquisa neste município? O que acham do CPTRA como local de pesquisa?
12. Vocês teriam outras informações/sugestões para nos dar, que pudessem facilitar a execução desta pesquisa?

Apêndice B – Quadro: variáveis de estudo

Quadro 1 – Variáveis de estudo

(continua)

a) Distribuição e mobilidade quanto à moradia e ao uso de drogas	<p>Nº de cidades onde morou nos últimos 5 anos</p> <p>Nº de bairros onde morou nos últimos 6 meses</p> <p>Bairros onde usou drogas nos últimos seis meses</p> <p>Nº de bairros onde usou drogas nos últimos 6 meses</p> <p>Nº de RPAs onde usou drogas nos últimos 6 meses</p> <p>Uso de drogas fora do Recife nos últimos 2 anos</p> <p>Regiões onde usou drogas nos últimos 2 anos</p>
b) Características sociodemográficas	<p>Faixa Etária (18-24, 25-34, 35-49, 50-64)</p> <p>Sexo</p> <p>Raça/cor (moreno/mulato/pardo/marrom, branco, preto, amarelo, indígena)</p> <p>Estado Conjugal (solteiro/separado/divorciado/viúvo, casado/mora com companheiro)</p> <p>Número de filhos</p> <p>Número de pessoas com quem mora (sozinho, 1, 2 a 5, 6 ou mais)</p> <p>Pessoa com quem mora (mãe e/ou pai, filhos, outros parentes)</p> <p>Escolaridade (nenhuma, 1 a 3 anos, 4 a 7 anos, 8 a 11 anos, 12 anos ou mais)</p> <p>Sabe escrever</p> <p>Situação de trabalho atual (empregado c/ carteira ou vínculo público, empregado s/ carteira ou trabalho por conta própria, não trabalha atualmente)</p> <p>Renda mensal (nenhuma renda, < 1 salário mínimo, >=1 salário mínimo)</p> <p>Lugar onde viveu maior parte do tempo nos últimos 6 meses (casa própria/de parceiro/parentes/amigos, quarto alugado ou pago por dia, sem endereço fixo/abrigo mantido pelo governo, delegacias/prisões/instituição de tratamento/hospitais)</p>
c) Uso de drogas	<p>Drogas usadas nos últimos 12 meses</p> <p>Usou drogas injetáveis na prisão</p> <p>Última vez que usou drogas (0 a 7 dias, 7 a 30 dias, 2 a 6 meses)</p> <p>Frequência do uso de crack nos últimos 30 dias (menos de 1 dia por semana/não usou, até 3 dias por semana, 4 a 6 dias por semana, todos os dias da semana)</p> <p>Idade de início do uso de drogas ilícitas, exceto maconha (8 a 10 anos, 11 a 15 anos, 16 a 18 anos, 19 a 25 anos, 26 a 39 anos, 40 a 54 anos)</p> <p>Tempo de uso de drogas ilícitas, exceto maconha (menos de 1 ano, 1 a 3 anos, 4 a 5 anos, 6 a 10 anos, 10 a 19 anos, 20 a 39 anos)</p> <p>Tratamento p/ interromper ou reduzir uso de drogas na vida</p> <p>Tratamento p/ interromper ou reduzir uso de drogas nos últimos 12m</p> <p>Local onde costuma usar drogas ilícitas, exceto maconha* (no lugar onde moro, na casa de um amigo/conhecido, na casa do meu parceiro sexual, na casa de um parente, na residência de traficante/outro local onde se consome drogas, abrigo mantido pelo governo, em bailes/clubes/festas, algum lugar público)</p> <p>Tipo de local onde referiu usar drogas ilícitas, exceto maconha (apenas em casas, apenas em praças, parques, bailes, clubes e festas, em ambos os locais)</p> <p>Usou drogas em centro de recuperação para menores</p>

Quadro 1 – Variáveis de estudo

(continua)

d) Discriminação, criminalidade e violência	<p>Se sentiu discriminado por uma pessoa ou instituição nos últimos 12 meses (pelo fato de usar drogas, por falta de dinheiro ou condição social, por sua cor ou raça , por sua opção sexual)</p> <p>Frequência com que foi xingado, humilhado ou o fizeram se sentir mal a respeito de si mesmo nos últimos 12 meses (nenhuma vez, uma vez, poucas vezes, muitas vezes)</p> <p>Frequência com que alguém ameaçou bater nos últimos 12 meses (nenhuma vez, uma vez, poucas vezes, muitas vezes)</p> <p>Foi agredido fisicamente nos últimos 12 meses</p> <p>Agressor físico (familiar, companheiro/cônjuge/parceiro sexual fixo, conhecido, parceiro sexual não fixo, outro usuário de droga ou um traficante, desconhecido/assaltante, bandido, ladrão etc, autoridade policial)</p> <p>Foi forçado fisicamente a ter relações sexuais alguma vez na vida</p> <p>Forçou alguém a ter relações sexuais alguma vez na vida</p> <p>Já esteve em centro de recuperação para menores</p> <p>Já esteve preso</p>
e) Conhecimento e fontes de informação sobre HIV e acesso a preservativos	<p>Recebeu aconselhamento nos últimos 12 meses</p> <p>Recebeu material educativo nos últimos 12 meses</p> <p>Conhece grupo organizado, movimento social ou ONG que trabalha com HIV/aids</p> <p>Comprou preservativos</p> <p>Recebeu gratuitamente preservativos</p> <p>Comprou e/ou recebeu preservativos</p> <p>Concorda que uma pessoa pode ser infectada pelo HIV se não usar camisinha nas relações sexuais</p> <p>Concorda que uma pessoa pode ser infectada pelo HIV ao compartilhar seringas ou agulhas c/outras</p> <p>Concorda que uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo HIV</p> <p>Concorda que uma pessoa não pode se infectar c/o HIV compartilhando talheres, copos ou refeições</p> <p>Concorda que uma pessoa não pode ser infectada pelo HIV ao ser picado por um mosquito</p> <p>Concorda que uma pessoa não pode ser infectada pelo HIV ao usar banheiros públicos</p> <p>Concorda que uma mulher grávida que tenha o HIV, ao receber tratamento para Aids, diminui o risco de passar o vírus para o seu filho</p> <p>Concorda que uma mulher grávida que está com Sífilis, ao receber tratamento para Sífilis durante a gravidez não passará a doença para o bebê</p> <p>Conhecimento sobre a infecção pelo HIV (não conhece, conhece parcialmente, conhece)</p>
f) Comportamento sexual	<p>Idade da primeira relação sexual (< 10 anos, 11-14 anos, 15-18 anos, > 18 anos, não lembro)</p> <p>Parceiros sexuais atuais (heterossexuais, bissexuais, homossexuais)</p> <p>Relações nos últimos 12 meses (com parceiros fixos, com parceiros casuais, com parceiros comerciais, recebendo dinheiro ou drogas em troca de sexo, oferecendo dinheiro ou drogas em troca de sexo, com parceiros casuais e/ou comerciais)</p> <p>Nº de parceiros fixos (uma pessoa, 2 a 5 pessoas, 6 a 10 pessoas, mais de 10 pessoas,)</p> <p>Nº de parceiros casuais (uma pessoa, 2 a 5 pessoas, 6 a 10 pessoas, mais de 10 pessoas)</p> <p>Nº de parceiros sexuais de quem recebeu dinheiro ou drogas (uma pessoa, 2 a 5 pessoas, 6 a 10 pessoas, mais de 10 pessoas)</p> <p>Nº de parceiros sexuais para quem ofereceu dinheiro ou drogas e (uma pessoa, 2 a 5 pessoas, 6 a 10 pessoas, mais de 10 pessoas)</p> <p>Uso de preservativo na primeira relação sexual</p> <p>Frequência do uso de preservativo nos últimos 12 meses (não usou/raramente/às vezes, às vezes, quase sempre, sempre)</p> <p>Uso consistente (sempre) de preservativo nos últimos 12 meses (com parceiros fixos, com parceiros casuais, com parceiros comerciais, recebendo dinheiro ou drogas em troca de sexo, oferecendo dinheiro ou drogas em troca de sexo)</p> <p>Uso de preservativo na última relação sexual (com parceiro fixo, com parceiro casual)</p> <p>Concorda com a afirmação “o uso de álcool ou outras drogas pode fazer com que a pessoa se esqueça ou não se importe em não usar camisinha”</p> <p>Deixou de usar preservativo por estar sob efeito de álcool/outras drogas</p> <p>Autoavaliação das chances atuais de se infectar com hiv (nenhuma chance, pouca chance, grande chance, não sabe, não quis responder)</p>

Quadro 1 – Variáveis de estudo**(conclusão)**

g) Antecedentes e tratamento de DST	<p>Antecedente de sífilis</p> <p>Pelo menos 1 sintoma de dst no pênis/vagina/ânus nos últimos 12 meses (feridas, verrugas, bolhas, corrimento de cor diferente ou com mau cheiro)</p> <p>Procura por tratamento para dst no último episódio (farmácia/conselho de amigo, parceiro etc, serviço de saúde/médico, não procurou tratamento)</p> <p>Ficou curado do último episódio de DST</p> <p>Serviço de saúde que procurou no último episódio de dst (posto de saúde ou unidade de saúde da família, hospital público, consultório particular/outros lugares, outros)</p> <p>Orientação recebida no atendimento para tratamento de DST (usar preservativo regularmente, informar os parceiros sexuais, fazer o teste de hiv, fazer o teste de sífilis)</p>
h) Testagem para HIV e sífilis.	<p>Conhece serviço de saúde que realiza teste de HIV gratuitamente</p> <p>Fez teste de HIV na vida</p> <p>Última vez que realizou o teste de HIV (nos últimos 12 meses, 1 a 2 anos, 2 a 5 anos, há mais de 5 anos, não sabe ou não lembra)</p> <p>Principal motivo para ter feito o último teste de HIV (achava que tinha algum risco, curiosidade/vontade própria, pré-natal, indicação médica/exigência da clinica de tratamento para drogas, doou sangue para poder fazer o teste, parceiro pediu, exigência do trabalho, outro motivo)</p> <p>Principal motivo de não ter realizado teste de HIV (não se sentia em risco, não via motivo, medo, não sabia onde realizar o teste, posto de saúde era muito distante, outro motivo)</p> <p>Teste rápido de sífilis positivo (cicatriz, sífilis ativa)</p> <p>Último teste de HIV positivo (anterior à pesquisa)</p> <p>Teste rápido de HIV positivo</p>

Apêndice C – Quadro: distribuição por bairro da amostra, população residente, registros policiais e cenas de uso de crack

Quadro 2 – Distribuição por bairro da amostra *respondent-driven sampling* (RDS)¹, segundo moradia e uso de drogas, população residente², registros policiais de uso, posse ou tráfico de drogas³ e cenas de uso de *crack* mapeadas⁴. Recife, 2009 e 2011

				continua				
R P A	Bairro	% moradia RDS	% população residente	R P A	Bairro	% uso RDS	% trafico, posse e uso	% cenas mapeadas
3	Casa Amarela	14,7	1,9	1	Santo Amaro	10,5	5,4	7,1
1	Coelhos	10,0	0,5	1	Coelhos	7,5	5,6	1,6
3	Alto José do Pinho	9,7	0,8	2	Água Fria	6,8	4,6	0,7
3	Vasco da Gama	6,3	2,0	3	Alto José do Pinho	6,5	1,6	0,4
2	Rosarinho	6,0	0,3	3	Casa Amarela	6,1	1,6	0,7
2	Bomba do Hemetério	5,6	0,6	1	Ilha Joana Bezerra	4,7	1,7	1,4
2	Água Fria	4,7	2,8	2	Arruda	3,8	2,1	0,5
5	Mangueira	4,4	0,6	3	Nova Descoberta	3,5	2,0	0,9
3	Tamarineira	3,8	0,9	2	Campo Grande	3,1	3,4	0,9
5	Afogados	3,1	2,4	3	Mangabeira	3,1	0,1	0,9
3	Mangabeira	3,1	0,5	2	Bomba do Hemetério	2,9	0,7	0
5	San Martín	2,8	1,7	3	Vasco da Gama	2,8	2,1	0,7
2	Encruzilhada	2,5	0,8	5	Mangueira	2,7	1,3	0,2
2	Arruda	2,2	0,9	5	Mustardinha	2,3	2,6	4,0
2	Campina do Barreto	2,2	0,6	4	Iputinga	2,2	3,4	2,0
3	Nova Descoberta	2,2	2,2	5	Afogados	2,1	1,7	4,3
6	Pina	1,9	1,9	5	San Martín	2,1	1,7	4,9
5	Barro	1,3	2,1	2	Campina do Barreto	2,0	2,1	0,9
2	Campo Grande	1,3	2,1	6	Boa Viagem	1,6	4,4	2,9
6	Boa Viagem	0,9	8,0	6	Pina	1,5	2,1	3,1
5	Mustardinha	0,9	0,8	1	Recife	1,4	2,7	1,6
3	Alto José Bonifácio	0,6	0,8	2	Rosarinho	1,4	0,1	0
1	Boa Vista	0,6	1,0	3	Morro da Conceição	1,3	0,3	2,5
5	Estância	0,6	0,6	2	Encruzilhada	1,2	0,1	1,1
3	Guabiraba	0,6	0,4	3	Tamarineira	1,2	0,1	0
1	Ilha Joana Bezerra	0,6	0,8	6	Ibura	1,2	3,6	7,4
3	Macaxeira	0,6	1,3	5	Areias	0,9	1,3	4,5
3	Morro da Conceição	0,6	0,7	2	Peixinhos	0,8	0	0,2
2	Ponto de Parada	0,6	0,1	4	Torrões	0,8	2,4	4,9
1	São José	0,6	0,6	1	São José	0,7	3,9	1,4
3	Alto do Mandu	0,3	0,3	3	Alto José Bonifácio	0,7	0	0
2	Alto Santa Teresinha	0,3	0,5	2	Alto Santa Teresinha	0,6	0,7	0,2
5	Areias	0,3	1,9	3	Brejo de Beberibe	0,6	0,6	0,2
3	Brejo de Beberibe	0,3	0,5	3	Guabiraba	0,6	0,3	0
2	Cajueiro	0,3	0,4	4	Torre	0,6	1,9	0,9
3	Casa Forte	0,3	0,4	5	Caçote	0,6	0	0
4	Caxangá	0,3	0,6	1	Boa Vista	0,5	1,3	1,3
4	Cordeiro	0,3	2,7	2	Ponto de Parada	0,5	0,1	0
5	Jardim São Paulo	0,3	2,1	3	Córrego do Jenipapo	0,5	0	0
2	Linha do Tiro	0,3	1,0	4	Várzea	0,5	1,0	4,0
2	Peixinhos	0,3	0,3	5	Barro	0,5	0,1	1,8
1	Recife	0,3	0,0	5	Estância	0,5	0,4	1,1
1	Santo Amaro	0,3	1,8	2	Dois Unidos	0,3	0,9	0
1	Santo Antônio	0,3	0,0	2	Linha do Tiro	0,3	1,1	0,4
4	Várzea	0,3	4,6	3	Alto do Mandu	0,3	0,3	0
	SUB-TOTAL 1	100,00	57,8	3	Casa Forte	0,3	0,9	0
3	Aflitos	0	0,4	5	Jiquiá	0,3	0,3	0,9
3	Apipucos	0	0,2	6	Brasília Teimosa	0,3	1,3	0,9
2	Beberibe	0	0,6	2	Beberibe	0,2	1,9	0,7
5	Bongi	0	0,5	2	Cajueiro	0,2	0,4	0
6	Brasília Teimosa	0	1,2	3	Macaxeira	0,2	0,3	0,4
3	Brejo da Guabiraba	0	0,8	4	Caxangá	0,2	0,3	0,4
1	Cabanga	0	0,1	5	Curado	0,2	0,1	0,9
5	Caçote	0	0,7	6	Cohab	0,2	1,4	6,0
4	Cidade Universitária	0	0,1	1	Ilha do Leite	0,1	0,3	0
6	Cohab	0	4,4	1	Santo Antônio	0,1	2,1	0,9
5	Coqueiral	0	0,7	1	Soledade	0,1	0,3	0,4
5	Curado	0	1,1	2	Fundão	0,1	0,1	0

Quadro 1 – Distribuição (%) por bairro da amostra *respondent-driven sampling* (RDS) segundo local de moradia e onde usou drogas, dos registros policiais de uso, posse ou tráfico de drogas e das cenas de uso de crack mapeadas.

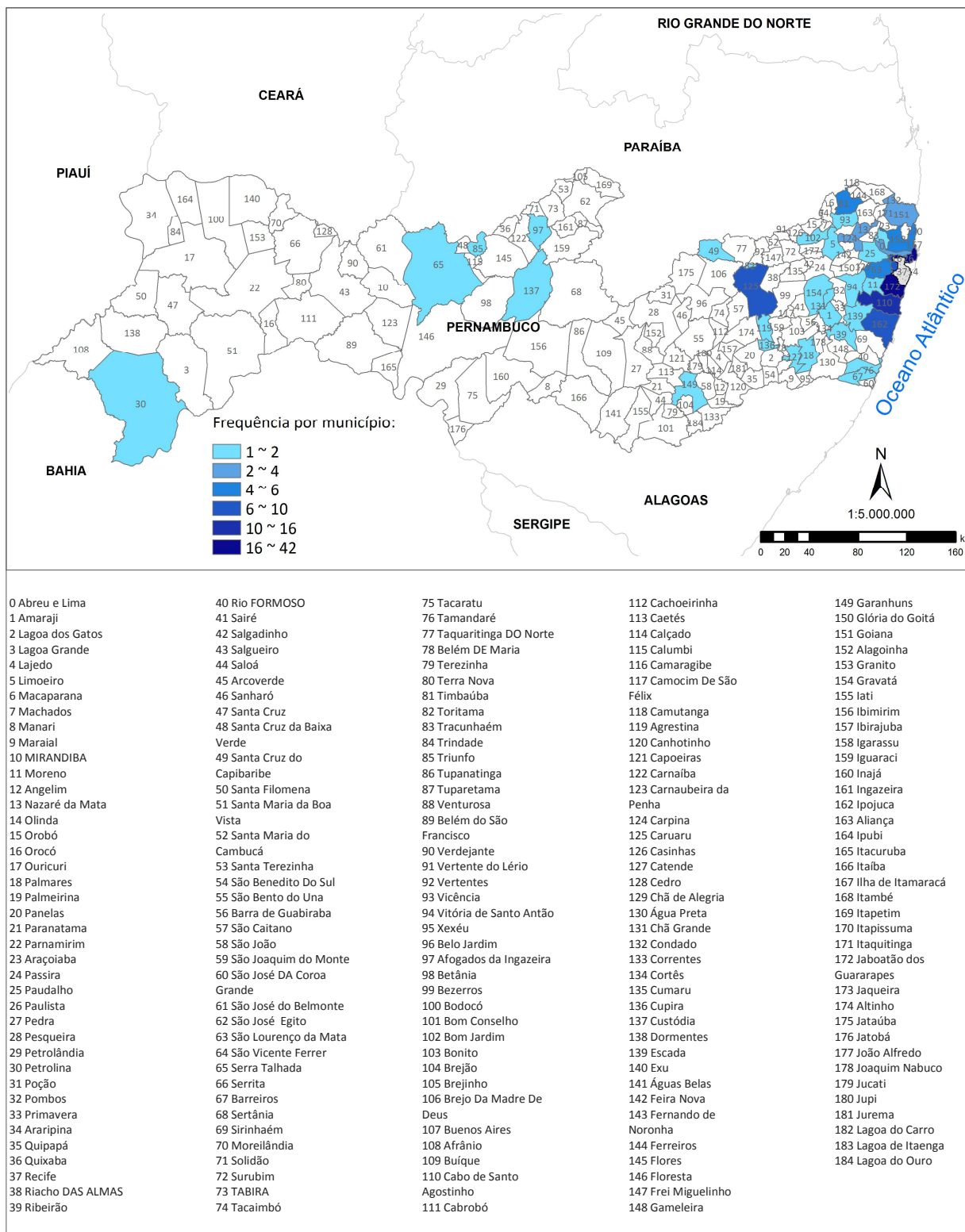
R P A	Bairro	% moradia RDS ¹	% população residente ²	conclusão				
				R P A	Bairro	% uso RDS ¹	% trafico, posse e uso ³	% cenas mapeadas ⁴
3	Córrego do Jenipapo	0	0,6	3	Dois Irmãos	0,1	0,1	0,2
3	Derby	0	0,1	3	Monteiro	0,1	0,1	0
3	Dois Irmãos	0	0,2	3	Parnamirim	0,1	0	0
2	Dois Unidos	0	2,1	4	Cordeiro	0,1	0,9	2,7
4	Engenho do Meio	0	0,7	4	Madalena	0,1	0,9	0,4
3	Espinheiro	0	0,7	5	Bongi	0,1	0,6	1,1
2	Fundão	0	0,5	5	Jardim São Paulo	0,1	1,3	1,1
3	Graças	0	1,3	6	Imbiribeira	0,1	1,4	0,4
2	Hipódromo	0	0,2	6	Jordão	0,1	1,6	1,6
6	Ibura	0	3,3	6	SUB-TOTAL 1	100,0	90,0	90,6
1	Ilha do Leite	0	0,1	1	Cabanga	0	0,6	0,5
4	Ilha do Retiro	0	0,2	1	Paissandu	0	0,1	0
6	Imbiribeira	0	3,2	2	Hipódromo	0	0,1	0
6	Ipsep	0	1,6	2	Porto da Madeira	0	0,1	0
4	Iputinga	0	3,4	2	Torreão	0	0,1	0,2
3	Jaqueira	0	0,1	3	Aflitos	0	0	0
5	Jiquiá	0	0,7	3	Apipucos	0	0,1	0
6	Jordão	0	1,4	3	Brejo da Guabiraba	0	0,1	0
4	Madalena	0	1,5	3	Derby	0	0,1	0,2
3	Monteiro	0	0,4	3	Espinheiro	0	1	0
1	Paissandu	0	0,0	3	Graças	0	0,1	0,2
3	Parnamirim	0	0,5	3	Jaqueira	0	0	0
3	Passarinho	0	1,3	3	Passarinho	0	0,1	1,3
3	Pau-Ferro	0	0,0	3	Pau-Ferro	0	0	0
3	Poço	0	0,3	3	Poço	0	0	0
2	Porto da Madeira	0	0,5	3	Santana	0	0	0
4	Prado	0	0,8	3	Sítio dos Pintos	0	0	0,2
5	Sancho	0	0,7	4	Cidade Universitária	0	0,1	1,4
3	Santana	0	0,2	4	Engenho do Meio	0	1,4	0
3	Sítio dos Pintos	0	0,5	4	Ilha do Retiro	0	0,1	0,5
1	Soledade	0	0,2	4	Prado	0	0,3	1,4
5	Tejipió	0	0,6	4	Zumbi	0	0	0
4	Torre	0	1,2	5	Coqueiral	0	0	1,1
2	Torreão	0	0,1	5	Sancho	0	1,7	0,4
4	Torrões	0	2,1	5	Tejipió	0	0,7	0
5	Totó	0	0,2	5	Totó	0	0,9	1,3
4	Zumbi	0	0,4	6	Ipsep	0	1,3	0,7
	SUB-TOTAL 2	0	42,2		SUB-TOTAL 2	0	10,0	9,4

Fonte: elaborado pela autora.

Notas: ¹Projeto *Onda da Saúde* – set a dez/2009; ²IBGE, 2009; ³Informações Policiais/Secretaria de Defesa Social-PE– jan./dez. 2009; ⁴Pesquisa Nacional *Perfil dos Usuários de Crack* – fev./abr.2011; RPA: região político-administrativa.

Apêndice D – Mapa: distribuição da amostra segundo outros municípios de Pernambuco onde consumiram drogas.

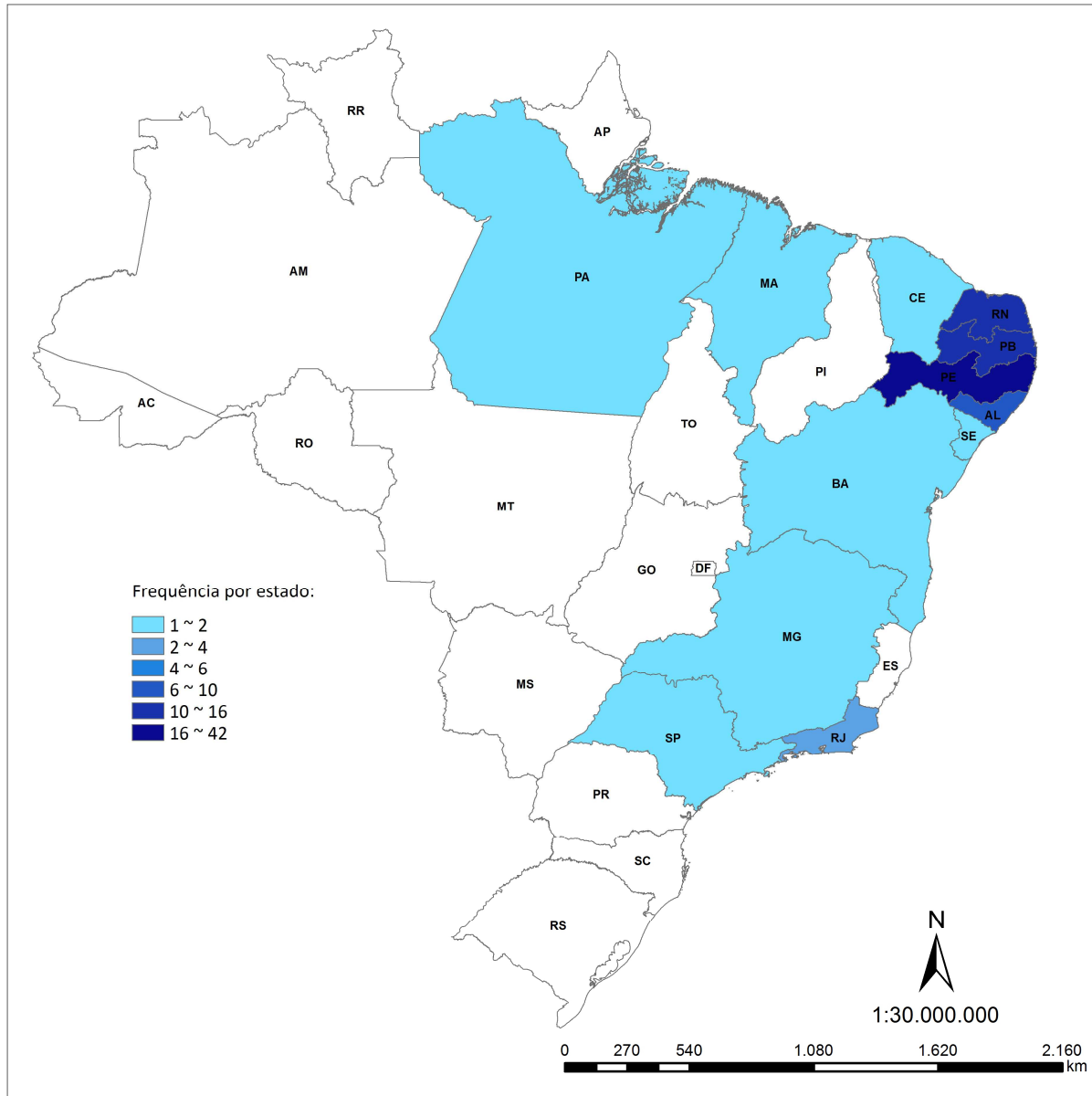
Figura 1: Distribuição dos usuários de drogas residentes no Recife segundo outros municípios de Pernambuco onde consumiram drogas nos 2 anos anteriores ao estudo. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009.



Fonte: elaborado pela autora.

Apêndice E – Mapa: distribuição da amostra segundo estados onde consumiu drogas

Figura 2: Distribuição dos usuários de drogas residentes no Recife segundo estados onde consumiram drogas nos 2 anos anteriores ao estudo. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009.



Fonte: elaborado pela autora.

Apêndice F – Tabelas: Violência sexual, troca de sexo, sífilis e HIV segundo sexo

Tabela 1 – Violência sexual e troca de sexo por dinheiro ou drogas nos últimos 12 meses, segundo sexo. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

Característica	Sim			Não			P ³	RP ²	95% IC ²
	n/N ¹	% ²	95% IC ²	n/N ¹	% ²	95% IC ²			
Sofreu violência sexual									
Feminino	52/100	42,5	29,3 - 56,9	48/100	57,5	43,1 - 70,7	<0,001	3,43	1,74 - 6,75
Masculino	27/299	12,4	6,7 - 21,7	272/299	87,6	78,3 - 93,3		1,00	-
Total	79/399	21,3	15,5 - 28,4	320/399	78,7	71,6 - 84,5		-	-
Recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo									
Feminino	64/100	58,6	43 - 72,7	36/100	41,4	27,3 - 57	<0,001	2,13	1,48 - 3,06
Masculino	91/299	27,5	21,2 - 34,9	208/299	72,5	65,1 - 78,8		1,00	-
Total	155/399	36,6	30,2 - 43,7	244/399	63,4	56,3 - 69,8		-	-

Fonte: a autora. Notas: ¹ Valores não ponderados; ²Valores ponderados pelo estimador RDS II; ³Teste qui-quadrado; RP: razão de prevalências.

Tabela 2 – Prevalência de sífilis e HIV entre usuários de drogas segundo sexo. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

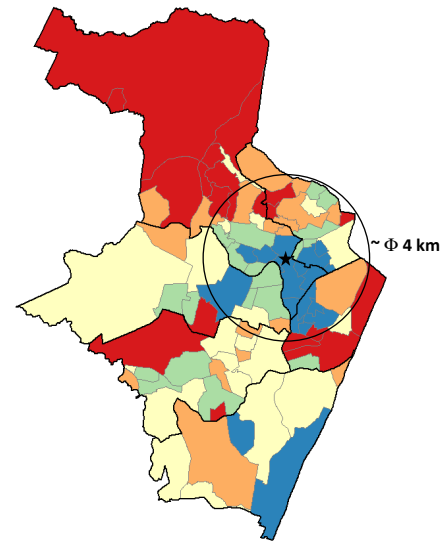
Sorologia /Sexo	Positivo			Negativo			p ³	RP ²	95% IC ²
	n/N ¹	% ²	95% IC ²	n/N ¹	% ²	95% IC ²			
Sífilis									
Feminino	35/95	40,8	26,7 – 56,5	60/95	59,2	43,5 – 73,3	0,001	2,77	1,51 – 5,09
Masculino	38/292	14,7	9,0 – 23,2	254/292	85,3	76,8 – 91,0	-	1,00	-
Total	73/387	22,4	16,2 – 30,3	314/387	77,6	69,7 – 83,8	-	-	-
Cicatriz ^a	46/70	66,1	47,6 – 80,7	-	-	-	-	-	-
Ativa ^b	24/70	33,9	19,3 – 52,4	-	-	-	-	-	-
HIV									
Feminino	11/99	11,8	5,1 – 24,8	88/99	88,2	75,2 – 94,9	0,007	4,33	1,39 – 13,51
Masculino	8/298	2,7	1,2 – 6,0	290/298	97,3	94,0 – 98,8	-	1,00	-
Total	19/397	5,4	2,9 – 9,7	378/397	94,6	90,3 – 97,1	-	-	-

Fonte: a autora. Notas: ¹ Valores não ponderados; ²Valores ponderados pelo estimador RDS II; ³Teste qui-quadrado; RP: razão de prevalências; ^a Cicatriz imunológica para sífilis: VDRL ≤1:4 ou não reagente; ^b Sífilis ativa: VDRL ≥1:8

Apêndice G – Mapas: bairros do Recife segundo escolaridade, renda e população residente em Zonas Especiais de Interesse Social

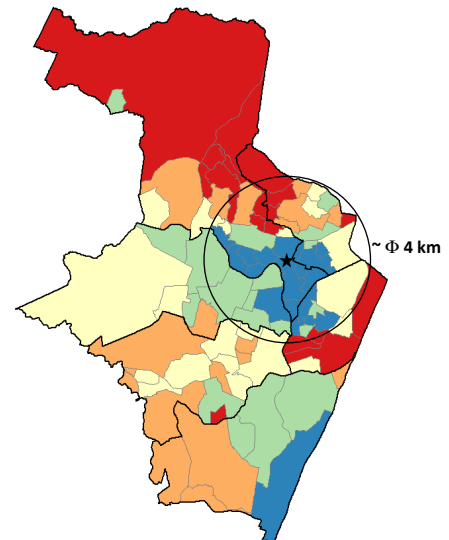
Percentual de pessoas com mais de 15 anos analfabetas, 2000
Todos os Bairros do Recife

Legenda	
0,85 a 5,74	(18)
5,75 a 8,53	(19)
8,54 a 12,68	(19)
12,69 a 14,55	(19)
14,56 a 29,90	(19)



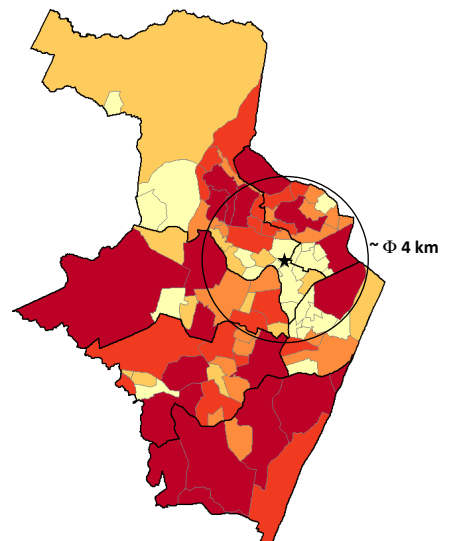
Renda média dos responsáveis pelo domicílio, 2000
Todos os Bairros do Recife

Legenda	
156,88 a 298,82	(18)
298,83 a 423,11	(19)
423,12 a 690,67	(19)
690,68 a 1.652,08	(19)
1.652,09 a 5.178,64	(19)



População que reside em áreas classificadas como de Interesse Social, 2000
Todos os Bairros do Recife

Legenda	
0	(24)
1 a 3.254	(13)
3.255 a 8.228	(19)
8.229 a 14.031	(19)
14.032 a 46.704	(19)



★ Centro de entrevista e testagem

Fonte: mapas adaptados pela autora, extraídos do Atlas de Desenvolvimento Humano do Recife, 2005, disponível em <http://www.recife.pe.gov.br/pr/secplanejamento/pnud2006/>.

Anexo A – Cupom. Projeto Onda da Saúde. Recife, 2009.

 <p>Projeto "Onda da Saúde"</p> <p>ID: _____</p> 	 <p>Projeto "Onda da Saúde"</p> <p>Se você tem mais de 18 anos e recebeu esse convite de algum conhecido, talvez você possa participar de nossa pesquisa.</p> <p><u>Local:</u> CAPS-AD CPTRA Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do alcoolismo Av. Rosa e Silva, 2130, Tamarineira, Recife-PE De segunda a quinta, das 14h às 20h e sexta das 14h às 17h</p> <p>ID: _____</p> 
--	---

Anexo B – Questionário de Elegibilidade. Projeto *Onda da Saúde*, 2009

Ficha de Identificação

Município:

Nº Seqüencial do participante:

Confirmação do nº Seqüencial do participante: _

Data da entrevista: __/__/____

ID do Supervisor/Entrevistador:

Questionário de Elegibilidade

Você usou drogas injetáveis, pelo menos uma vez, nos últimos 6 meses? (Sim/Não)

Você usou cocaína, *crack*, metanfetaminas, heroína ou alucinógenos em pelo menos 25 DIAS, nos últimos 6 meses? (Sim/Não)

(OBS: A pergunta se trata do número de dias nos quais você usou essas drogas, e NÃO do número de vezes que você usou. Em média, o consumo deve ser superior a 4 dias por mês)

Quando foi a última vez que você usou drogas (exceto álcool, tabaco e maconha)?

0-7 dias (última semana)

7 a 30 dias (de uma semana a um mês atrás)

2 a 6 meses atrás

Há mais de 6 meses

Você mora no município de Recife? (Sim/Não)

[Mudar de acordo com a cidade em que está sendo realizada a pesquisa, de acordo com o que foi preenchido na Identificação]

Qual a sua idade? _____ anos

E com que idade você começou a usar drogas (exceto álcool, tabaco e maconha)? _____ anos

Quantas pessoas que moram nesta cidade que você conhece e que conhecem você, que são usuárias de drogas?

E quantos desses [resposta da Q7] usuários de drogas que você conhece têm mais de 18 anos?

E com quantos desses [resposta da Q8] usuários de drogas que você conhece, e têm mais de 18 anos, você se encontrou no último mês?

Dos [resposta da Q9] usuários de drogas que você encontrou no último mês, quantos você conhece pelo nome ou pelo apelido?

Dos [resposta da Q10] usuários que você encontrou no último mês, quantos você convidaria para participar deste estudo?

Dos [resposta da Q10] usuários que você encontrou no último mês, com quantos você já teve/tem relações sexuais e/ou compartilhou drogas injetáveis?

Qual é o seu relacionamento com a pessoa que indicou você para esse estudo, ou seja, a pessoa que deu esse cupom para você?

Amigo

Parceiro (marido/esposa, namorado, "ficante")

Parente

Conhecido

Desconhecido

Você tem ou já teve relações sexuais e/ou compartilhou drogas injetáveis com esta pessoa que deu esse cupom pra você? (Sim/Não)

Há quanto tempo você conhece a pessoa que deu esse cupom para você? __ meses ou __ anos

Se a pessoa que te convidou ainda não tivesse participado do projeto *Onda da Saúde*, você pensaria em convidá-la para participar do estudo? (Sim/Não)

É a primeira vez que você recebe um cupom do projeto *Onda da Saúde*? (Sim/Não)

Entrevistador: Anote sinais visíveis (sem perguntar ou pedir para mostrar):

Sexo: (masculino/feminino)

Data de Nascimento: ____/____/____ (ver no documento de identificação)

Iniciais da mãe: _____ (ver no documento de identificação)

Cor dos olhos: ____ (opções: castanhos, pretos, azuis, verdes)

Cor do cabelo: ____ (opções: castanhos, pretos, louros, ruivos, grisalhos, brancos)

Piercings no rosto: (Sim/Não) Se sim, onde? (orelha, nariz, sobrancelha, boca, língua)

Cicatriz no rosto ou antebraço/mão: (Sim/Não) Se sim, onde? (antebraço, mão, rosto)

[se sexo==masculino]: Entrevistador: Peça que o entrevistado tire a camisa.

Tatuagens: (Sim/Não) Se sim, onde? _____ (opções: braço direito, braço esquerdo, ombro direito, ombro esquerdo, costas, não nestes locais)

[Este quadro deverá ser preenchido automaticamente de acordo com as respostas das questões correspondentes. Ao final, deve indicar se o participante é elegível ou não.]

Critérios de Inclusão	Sim	Não
Usou drogas injetáveis (pelo menos uma vez) ou outras drogas (pelo menos 25 dias) nos últimos seis meses? [Sim se resposta da Q1 = Sim ou se Q2 = Sim]		
Tem 18 anos ou mais? [Sim se a resposta da Q5 >= 18]		
Mora no município da pesquisa? [Sim se a resposta da Q4 == Sim]		
É a primeira vez que participa? [Sim se a resposta da Q18 == Sim]		
O cupom foi entregue por pessoa conhecida? [Sim se a resposta da Q14 ~= e]		

ATENDE AOS CRITÉRIOS DE INCLUSÃO? _____ (SIM/NÃO)

[Se não]O participante NÃO pode ser incluído no estudo.

[Se sim]O participante pode ser incluído no estudo.

Explique detalhadamente a pesquisa e leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE.

Anexo C – TCLE: Entrevista. Projeto Onda da Saúde, Recife, 2009**FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO****Participantes de entrevistas**

Pesquisa: Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros.

Pesquisadora Responsável: Mônica Malta

Pesquisadoras Co-Responsáveis: Naíde Teodósio V. Santos e Ana Maria de Brito

Introdução

Este é um projeto de pesquisa. Gostaríamos de lhe explicar o que pretendemos fazer nesta pesquisa, para que você possa decidir se gostaria de participar. Este documento contém informações sobre uma pesquisa. Eu gostaria de ler para você esse documento, que tem informações sobre a pesquisa que estamos fazendo, para depois você decidir se gostaria de participar deste estudo ou não. Você pode me interromper para fazer perguntas a qualquer momento, e se não entender alguma coisa que eu disser você pode pedir para que eu pare e explique melhor a parte que você não tiver entendido. Quando eu terminar de ler estas informações, e se você ainda desejar participar, eu pedirei a você que assine esse formulário para indicar que você deseja participar.

1. Justificativa e Objetivo do Estudo

Eu faço parte de um grupo de pesquisadores que está trabalhando em um projeto de pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz, do Ministério da Saúde. O objetivo deste estudo é conhecer melhor os comportamentos e experiências de pessoas que usam drogas de vários municípios do Brasil. Você foi convidado para participar desta pesquisa porque foi identificado por um conhecido como fazendo parte deste grupo. A sua decisão de participar desse estudo não vai influenciar de maneira nenhuma a qualidade do serviço de saúde que você está recebendo neste ou em qualquer outro serviço de saúde.

2. Procedimentos da Pesquisa

Primeiramente, nós iremos lhe convidar a participar de uma entrevista que deverá levar mais ou menos uma hora. Caso você decida participar desta entrevista, iremos lhe fazer algumas perguntas sobre suas experiências relacionadas ao seu uso de drogas, seus comportamentos sexuais, o que você sabe sobre o HIV (o vírus que causa a AIDS), experiências em serviços que oferecem testes para HIV e outras infecções que são transmitidas pelo sexo e vamos fazer também algumas perguntas sobre as características gerais das pessoas com quem você mais convive. Você vai usar um computador para responder a esse questionário.

Depois do questionário iremos lhe convidar a realizar testes de HIV e sífilis, que serão oferecidos de forma gratuita. Você saberá os resultados dos testes na mesma hora, sem ter que voltar para buscá-los. Para a realização dos testes, um pequeno furo será feito na ponta do dedo para coletar algumas gotas de sangue. Um profissional de saúde treinado vai entregar este resultado a você e vai lhe aconselhar sobre como se prevenir das infecções que passam pelo sexo.

As informações da sua entrevista serão digitadas (escritas) em um computador e somente um código será usado para identificação, não usaremos seu nome nem outras informações pessoais.

Se você tiver um resultado positivo para sífilis ou para o HIV (vírus da AIDS), nós iremos lhe encaminhar para um serviço que poderá lhe oferecer aconselhamento e, se for necessário, tratamento para essas infecções gratuitamente.

3. Desconfortos e riscos possíveis

Ao participar deste estudo, você pode correr os seguintes riscos: o risco principal é a perda da confidencialidade, quer dizer, o risco de que as informações que você nos der sejam divulgadas para outras pessoas. Outro risco possível é de você se sentir ansioso ou angustiado por estar respondendo a perguntas muito pessoais ou sensíveis nas entrevistas. E o último risco possível

em participar dessa pesquisa é você se sentir estressado por estar fazendo testes para avaliar se você tem HIV e sífilis; ou se sentir triste se receber um resultado positivo dos testes.

Todos estes riscos são importantes e precisam ser evitados. Há mais de 20 anos a nossa equipe de pesquisa realiza este tipo de estudo, e não soubemos de nenhuma situação na qual houve uma quebra de sigilo com o participante. Com relação aos possíveis sentimentos de estresse ou tristeza, nossa equipe é bastante experiente e treinada para lhe oferecer aconselhamento no momento da entrevista. E se você quiser, nós podemos também lhe encaminhar para um serviço público que possa lhe oferecer um apoio psicológico mais aprofundado depois da pesquisa.

Algumas das questões que irei lhe perguntar são bastante pessoais, especialmente as perguntas sobre seu uso de drogas e seu comportamento sexual. Caso alguma pergunta seja embaraçosa, você não precisa respondê-la. Em qualquer momento você pode terminar sua participação nesta entrevista, sem precisar nos dar qualquer explicação. Se você precisar de maiores informações sobre a infecção pelo HIV ou sobre a Sífilis, ou sobre qualquer outro assunto que você tenha visto durante a entrevista, nós poderemos lhe encaminhar para os profissionais de saúde ou organizações que possam lhe ajudar.

4. Benefícios esperados

O benefício direto que você pode ter em participar desta pesquisa é ter acesso ao teste rápido para HIV e sífilis e, se for necessário, ser encaminhado para serviços públicos especializados para receber aconselhamento e tratamento.

Mas o benefício principal é utilizar as informações que você e outros participantes para elaborar melhores programas de prevenção para o HIV e a Sífilis, ou seja, possibilitar beneficiar a sociedade como um todo, e particularmente alguns grupos especiais como o de pessoas que usam drogas.

5. Garantia de Sigilo

A sua participação nesta entrevista é totalmente confidencial e voluntária. Para assegurar o sigilo das informações que você nos der, as seguintes medidas serão tomadas: nenhum nome próprio, endereço ou informações pessoais serão coletados; ninguém além do grupo de pesquisadores terá acesso ao que você disser aqui e seu verdadeiro nome não será escrito ou publicado em nenhum local. Nenhuma informação que você vier a nos dar, durante sua participação na pesquisa, serão divulgadas para qualquer outra pessoa que não faça parte do nosso grupo de pesquisa.

Os participantes terão códigos de identificação, que serão usados nos formulários, ao invés de seu nome próprio. As informações pessoais serão mantidas em um lugar diferente dos arquivos principais. Só a equipe de pesquisa terá acesso aos arquivos de dados. Todos os arquivos serão mantidos em um arquivo trancado e os arquivos de computador serão protegidos por senhas. Os formulários escritos serão mantidos guardados por um período de 5 anos, depois do fim do estudo,

conforme exigido pelas Normas Éticas de Pesquisa brasileiras. Se os resultados do estudo forem publicados, seu nome será sempre mantido em sigilo e nunca aparecerá.

6. Garantia de Esclarecimento

Você poderá nos fazer qualquer pergunta ou tirar qualquer dúvida que você tenha sobre essa pesquisa a qualquer momento, quer dizer, você pode nos perguntar qualquer coisa da pesquisa antes de ter começado a participar da entrevista ou enquanto você estiver participando da entrevista. Nós lhe daremos telefones e endereços de contato para que você possa tirar qualquer dúvida também depois que terminar este grupo, se você decidir que quer participar dele.

7. Compensação

Você receberá um ticket refeição no valor de R\$ 20,00 para cobrir as despesas de alimentação. Com esse dinheiro nós não estamos pagando pelo seu tempo, apesar de sabermos que sua colaboração é muito importante para nós. Nós lhe daremos essa pequena ajuda financeira imediatamente após o término da entrevista.

8. Sua participação e saída do estudo

Caso você tenha qualquer pergunta sobre essa pesquisa, você pode entrar em contato com Mônica Malta da Fundação Oswaldo Cruz. O telefone dela está em um cartão de contato que iremos lhe dar. Sr^a Mônica poderá esclarecer qualquer pergunta ou preocupação que você possa ter sobre esse projeto, ou registrar qualquer reclamação que você possa ter sobre o tratamento que recebeu durante essa pesquisa. Se você tiver qualquer interesse em conhecer os resultados deste estudo quando este terminar, os pesquisadores poderão lhe dar uma cópia.

Lembre-se que você pode se recusar a responder qualquer pergunta, ou parar de participar da pesquisa no meio do grupo, sem problema algum. Se você decidir não participar da pesquisa, ou quiser parar a qualquer momento, você não irá sofrer nenhum prejuízo, nem o atendimento que você recebe atualmente neste serviço de saúde, ou em qualquer outro serviço será prejudicado. A sua participação é totalmente voluntária e não existe problema algum se você não participar.

Você gostaria de perguntar alguma coisa a mais? Você gostaria de participar?

POR FAVOR, ASSINE ABAIXO SE VOCÊ GOSTARIA DE PARTICIPAR DESSE ESTUDO.

_____ Assinatura do participante

____/____/____ Data

Impressão digital do participante, caso seja incapaz de assinar	
---	--

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

Eu declaro que o participante teve o tempo necessário para ler e compreender o estudo e que todas suas dúvidas foram sanadas. É minha opinião que o participante compreendeu os objetivos, riscos, benefícios e procedimentos que irão ser seguidos neste estudo e que concordou em participar de forma voluntária.

_____ (Assinatura de pessoa que obteve o consentimento) ____/____/____ Data

Nota: Cópias assinadas desse formulário de consentimento devem ser a) mantidas arquivadas pelo Pesquisador Principal e b) dada para o participante

CARTÃO DE CONTATO PARA O PARTICIPANTE

No Rio de Janeiro:

Para falar com Mônica Malta, pesquisadora responsável pelo estudo, você pode telefonar para: (21) 2598-2715, ou encontrá-la em seu escritório na Fundação Oswaldo Cruz, rua Leopoldo Bulhões Nº 1480, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Sala 905, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 21041-210;

Você pode também tirar suas dúvidas sobre a pesquisa com Dr. Francisco Bastos, supervisor do estudo, através do telefone: (21) 3865-3231. Você pode também encontrá-lo em seu escritório na Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil Nº 4365 Biblioteca de Manguinhos Sala 229, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ, CEP 21045-900.

Se você tiver outras perguntas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética Em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, pelo telefone (21) 2598-2863 ou no endereço: Rua Leopoldo Bulhões, Nº. 1480 SALA 314, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 21041-210.

Em Recife:

Para falar com Ana Maria de Brito ou Naíde Teodósio Valois, pesquisadoras responsáveis pelo estudo em Recife, você pode telefonar para: (81) 2101-2603, ou encontrá-las em seu escritório no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz, Av. Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária - Recife - PE. CEP: 50.670-420.

Anexo D – Questionário Sociocomportamental. Projeto *Onda da Saúde*, 2009

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO (A SER PREENCHIDA NA TELA PELO ENTREVISTADOR)

- 1.1. Município: _____
 [Opções: Manaus, Recife, Salvador, Rio de Janeiro, Santos, Belo Horizonte, Itajaí, Curitiba, Brasília, Campo Grande]
- 1.2. Nº Seqüencial do Participante: _____
- 1.3. Confirmação do Nº Seqüencial do Participante: _____
- 1.4. DATA DA ENTREVISTA [__ __/ __ __/ __ __] [DD MM AA]
- 1.5. ID do Entrevistador/Supervisor: _____

BLOCO A : INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

A1. Sexo:

- 1- Masculino
- 2- Feminino

A2. Qual a sua data de nascimento? __ __/ __ __/ __ __ __ __ dia mês ano (aaaa)

A3. Como você se classifica em relação à sua cor ou raça?

1. Branco
2. Preto
3. Amarela
4. Moreno/mulato/pardo/marrom
5. Indígena

A4. Qual é o seu estado conjugal?

1. Solteiro(a)
2. Casado(a) ou mora com companheiro (a)
3. Separado(a) ou divorciado(a)
4. Viúvo(a)

A5. Você sabe escrever? [se responder não, pular todas as perguntas seguintes que precisam de escrita]

1. Sim
2. Não

A6. Qual é o curso mais elevado que você completou? [se responder 3 ou mais, pular a questão seguinte]

1. Analfabeto
2. 1ª a 3ª série do fundamental (1º grau)
3. 4ª a 7ª série do fundamental (1º grau)
4. fundamental (1º grau) completo
5. médio ou 2º o grau incompleto
6. médio ou 2º o grau completo
7. superior incompleto
8. superior completo

A7. Quantas pessoas moram com você?

1. moro sozinho(a) [PULA A PERGUNTA A9]
2. moro com uma pessoa
3. moro com duas a cinco pessoas
4. moro com seis ou mais pessoas

A8. Com quem você mora atualmente? Você pode selecionar mais de uma resposta.

1. Parceiro homem
2. Parceira mulher
3. Amigos(as)
4. Mãe e/ou pai
5. Filhos
6. Outros parentes

A9. Quais e quantos dos itens abaixo existem na casa onde você mora?

Quais? Quantos?

- | | | | | | |
|--------------------------|------------|------|------|------|------------|
| a) Televisão a cores | a) Não tem | b) 1 | c) 2 | d) 3 | e) 4 ou +1 |
| b) Rádio | a) Não tem | b) 1 | c) 2 | d) 3 | e) 4 ou +1 |
| c) Banheiro | a) Não tem | b) 1 | c) 2 | d) 3 | e) 4 ou +1 |
| d) Automóvel | a) Não tem | b) 1 | c) 2 | d) 3 | e) 4 ou +1 |
| e) Empregada mensalista | a) Não tem | b) 1 | c) 2 | d) 3 | e) 4 ou +1 |
| f) Aspirador de pó | a) Não tem | b) 1 | c) 2 | d) 3 | e) 4 ou +1 |
| g) Máquina de Lavar | a) Não tem | b) 1 | c) 2 | d) 3 | e) 4 ou +1 |
| h) Videocassete e ou DVD | a) Não tem | b) 1 | c) 2 | d) 3 | e) 4 ou +1 |
| i) Geladeira | a) Não tem | b) 1 | c) 2 | d) 3 | e) 4 ou +1 |
| j) Freezer | a) Não tem | b) 1 | c) 2 | d) 3 | e) 4 ou +1 |
- (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)

A10. Quanto você ganha aproximadamente por mês?

1. menos de R\$ 400,00
2. entre R\$ 400,00 e R\$ 800,00
3. entre R\$ 800 e R\$ 1.600,00
4. entre R\$ 1.600 e R\$ 3.000,00
5. mais de R\$ 3.000,00
6. nenhuma renda

A11. Qual é a sua situação de trabalho atual?

1. Servidor público
2. Empregado com carteira de trabalho
3. Empregado sem carteira de trabalho
4. Trabalho por conta própria
5. Empregador
6. Não trabalho atualmente [Se 1, 2, 3, 4, ou 5: vá para a questão A13]

A12. Qual a principal razão de você não estar trabalhando atualmente?

7. Do lar/cuidando da família
8. Procurei, mas não consegui encontrar trabalho
9. Estou trabalhando como voluntário
10. Estou estudando ou em treinamento não remunerado
11. Aposentado/incapacitado para o trabalho
12. Por motivo de doença/tratamento para dependência química
13. Outro motivo

A13. Onde você mora atualmente? (bairro/comunidade): _____ Especificar

A14. Nos últimos 5 anos, em quantas cidades você morou?

1. Uma cidade
2. Duas
3. Três
4. Quatro ou mais

A15. Quando você fez uso de drogas pela primeira vez (exceto álcool e tabaco), você o fez na cidade de _____ [município respondido na Identificação]?

- 1 Não
- 2 Sim [PULA A PERGUNTA A16]

A16. Em que cidade você estava quando usou drogas pela primeira vez? [não mostrar esta pergunta, se a pessoa não souber escrever] Especificar:

A17. Na cidade onde você usou drogas pela primeira vez, você acredita que o uso de drogas era raro, relativamente comum ou muito comum naquela ocasião?

- 1 Raro
- 2 Relativamente comum
- 3 Muito comum
- 9 Não me lembro

A18. Em que tipo de lugar você usou drogas pela primeira vez? Marque uma única resposta.

- 1 No lugar onde moro ou morava
- 2 Na casa de meu parceiro sexual
- 3 Na casa de um parente (que não o parceiro sexual)

- 4 Na casa de amigos ou conhecidos
- 5 Em um abrigo ou residência mantida pelo governo
- 6 Em um colégio ou escola
- 7 Na residência de um traficante ou outro local onde se consome drogas
- 8 Em algum lugar público (como praça ou parque)

A19. Em quantos bairros diferentes você morou nos últimos 6 meses?

1. sempre no mesmo bairro
2. em dois bairros diferentes
3. em três bairros diferentes
4. em quatro ou mais bairros diferentes

A20. Durante os últimos 6 meses, em quantos lugares diferentes você morou?

1. sempre no mesmo local
2. em dois lugares diferentes
3. em três lugares diferentes
4. em quatro ou mais lugares diferentes

A21. Durante os últimos 6 meses, onde você viveu a maior parte do tempo?

- 1 Em minha própria casa ou apartamento, ou de meu parceiro ou parceira.
- 2 Quarto pago por dia ou quarto alugado em uma casa
- 3 Casa ou apartamento de alguém (incluindo parentes, amigos)
- 4 Abrigo, residência coletiva mantida pelo governo
- 5 Sem endereço fixo (por exemplo, ruas, parques, edifício abandonado)
- 6 Instituição de tratamento de usuários de drogas
- 7 Outras instituições de tratamento / hospitais
- 8 Delegacia / prisão

A22. Na cidade de _____ [município respondido na Identificação], você pode listar as favelas/comunidades ou bairros que você visitou onde fez uso de drogas nos últimos 6 meses? [não mostrar esta pergunta, se a pessoa não souber escrever]

Se forem mais de cinco, liste os cinco que você visitou mais vezes.

- Favela/comunidade ou bairro 1. _____
- Favela/comunidade ou bairro 2. _____
- Favela/comunidade ou bairro 3. _____
- Favela/comunidade ou bairro 4. _____
- Favela/comunidade ou bairro 5. _____

A23. Que tipo de local você costuma freqüentar e utilizar drogas?

Assinale todas as pertinentes.

- 1 No lugar onde moro
- 2 Na casa do(a) meu(minha) parceiro(a) sexual
- 3 Na casa de um parente (que não o parceiro sexual)
- 4 Na casa de um(a) amigo(a)/conhecido(a)
- 5 Em um abrigo ou residência mantida pelo governo
- 6 Em bailes/clubes/festas
- 7 Na residência de um traficante ou algum outro local onde se consome drogas
- 8 Em algum lugar público (praça, parque)

A24. Você fez uso de drogas fora da cidade de _____ [município respondido na Identificação], nos últimos 2 anos?

Não [VAI PARA O BLOCO B]

Sim [PASSA PARA A PERGUNTA A26]

A25. Você pode listar as cidades onde você fez uso de drogas nos últimos 2 anos? [não mostrar esta pergunta, se a pessoa não souber escrever]

Se forem mais de cinco, liste as cinco que você visitou mais vezes.

- Cidade 1. _____
- Cidade 2. _____
- Cidade 3. _____
- Cidade 4. _____
- Cidade 5. _____

BLOCO B: CONHECIMENTO E FONTES DE INFORMAÇÕES SOBRE DST E AIDS E ACESSO A PRESERVATIVOS

B1. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids ao ser picado por um mosquito.

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

B2. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids ao usar banheiros públicos.

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

B3. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids ao compartilhar seringas ou agulhas com outras pessoas.

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

B4. Uma pessoa pode ser infectada pelo vírus da Aids se não usar camisinha nas relações sexuais.

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

B5. Uma pessoa com aparência saudável pode estar infectada pelo vírus da Aids.

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

B6. Uma pessoa pode se infectar com o vírus da Aids compartilhando talheres, copos, ou refeições.

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

B7. Uma mulher grávida que tenha o vírus da Aids, ao receber tratamento para AIDS, diminui o risco de passar o vírus para o seu filho.

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

B8. Uma mulher grávida que está com Sífilis, ao receber tratamento para sífilis durante a gravidez não passará a doença para o bebê.

1. Concordo
2. Discordo
3. Não sei

B9. Você conhece algum grupo organizado, movimento social ou ONG (Organização não-governamental) que trabalhe com HIV/Aids?

1. Sim
2. Não

B10. Nos últimos 12 meses, você recebeu algum material educativo sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids?

1. Não
2. Sim, de um serviço público de saúde
3. Sim, de uma ONG
4. Sim, de ambos

B11. Nos últimos 12 meses, você recebeu aconselhamento sobre doenças sexualmente transmissíveis e Aids?

1. Não
2. Sim, de um serviço público de saúde
3. Sim, de uma ONG
4. Sim, de ambos

B12. Nos últimos 12 meses, você comprou camisinhas?

1. Sim
2. Não [Se 2: pule para B14]

B13. Onde você costuma comprar camisinha?

1. Supermercado
2. Farmácia
3. Máquina de venda de preservativos

4. Vendedores ambulantes (sacoleiras, camelô)
 5. Motel/Hotel
 6. Outro lugar
- B14. Nos últimos 12 meses, você recebeu camisinha gratuitamente?
1. Sim
 2. Não
- B15. Com que frequência você usou camisinha nos últimos 12 meses?
1. Não usei
 2. Raramente
 3. Às vezes
 4. Quase sempre
 5. Sempre

BLOCO C: ASSISTÊNCIA Á SAÚDE E DST

- C1. Quantos filhos você tem?
1. 0 (nenhum)
 2. 1 a 3
 3. 4 a 6
 4. 7 ou mais
- C2. Você já teve Sífilis alguma vez na vida?
1. Sim
 2. Não
 3. Não lembro/não sei
- C3. Nos últimos 12 meses, você teve feridas na vagina/ no pênis ou no ânus?
1. Sim
 2. Não
- C4. Nos últimos 12 meses, você teve pequenas bolhas na vagina/ no pênis ou no ânus?
1. Sim
 2. Não
- C5. Nos últimos 12 meses, você teve verrugas na vagina/ no pênis ou no ânus?
1. Sim
 2. Não
- C6. Nos últimos 12 meses, você teve algum corrimento de cor diferente ou com mau cheiro, saindo da vagina/ pênis?
1. Sim
 2. Não [Se C3 a C6 todas iguais a 2: vá para o Bloco D]
- C7. Na última vez que teve algum desses problemas, o que você fez?
1. Fui diretamente à farmácia
 2. Procurei um serviço de saúde
 3. Procurei me aconselhar com um colega, parceiro, parente, etc
 4. Conversei com um médico
 5. Não fiz nada [Se C7 igual a 1, ou 3 ou 5, responda a C8 e vá para o Bloco D]
- C8. Você ficou curado(a) do problema?
1. Sim
 2. Não
- C9. Qual serviço de saúde você procurou?
1. Posto de saúde ou unidade de saúde da família
 2. Hospital público
 3. Hospital particular
 4. Consultório particular
 5. Outro lugar
- C10. O profissional de saúde que te atendeu passou algum medicamento para você tomar ou passar no local por causa desse(s) sintoma(s)?
1. Sim

2. Não [Se 2: vá para C12]

C11. Você tomou todos os medicamentos prescritos?

1. Sim
2. Não, pois não consegui comprá-los porque eram muito caros
3. Não, pois não tinham todos os medicamentos na farmácia do posto
4. Não, fiquei bom (a) sem tomar os medicamentos
5. Não, achei que não precisava tomar

C12. Na última vez que você teve esse problema na vagina, no pênis ou no ânus, te aconselharam: [este pergunta deve ficar "fixa" na tela para as questões C12.1 a C12.4]

C12.1. Usar regularmente camisinha durante as relações sexuais?

1. Sim
2. Não

C12.2. Informar os parceiros sexuais sobre esse problema?

1. Sim
2. Não

C12.3. Fazer o teste de HIV (o vírus da Aids)?

1. Sim
2. Não

C12.4. Fazer o teste de sífilis?

1. Sim
2. Não

BLOCO D: TESTE DE HIV E SÍFILIS

D1. Você sabe de algum serviço de saúde onde o teste de Aids é feito gratuitamente?

1. Sim
2. Não

D2. Você já fez o teste para Aids alguma vez na vida?

1. Sim
2. Não [Se 1: vá para D4 e Se 2: vá para D3]

D3. Qual o principal motivo de você não ter feito o teste de Aids?

1. Não me sinto em risco
2. Não vejo motivo
3. Porque o posto de saúde é muito distante
4. Porque não sei onde fazer o teste
5. Porque tenho medo
6. Outro motivo

[Vá para D10]

D4. Quando foi a última vez que você fez o teste para Aids?

1. Nos últimos 12 meses (um ano)
2. 1 a 2 anos atrás
3. 2 a 5 anos atrás
4. Há mais de 5 anos
5. Não sei/não lembro [Se 2, 3, 4, 5, 6: vá para D6]

D5. Nos últimos 12 meses, quantas vezes você fez o teste para Aids?

1. Uma vez
2. 2 a 3 vezes
3. 4 a 6 vezes
4. Mais de 6 vezes

D6. Em que local você fez o último teste para Aids?

1. No CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento)
2. Na Rede Pública de Saúde (Posto/Hospital/Pronto Socorro)
3. Ao doar sangue
4. Em hospitais/laboratórios particulares

5. Em outro local
6. Não lembro
- D7. Qual foi o principal motivo para você ter feito o último teste para Aids?
1. Por exigência do trabalho
2. Por curiosidade/vontade própria
3. Doei sangue para poder fazer o teste
4. Por causa do pré-natal
5. Por achar que tinha algum risco
6. Porque meu parceiro pediu
7. Porque meu parceiro está infectado pelo vírus do HIV ou tem Aids
8. Por indicação médica/por exigência da clínica de tratamento para drogas
9. Por outro motivo
- D8. Em quantos dias o resultado do último teste ficou pronto?
1. Na hora
2. 1 a 10 dias
3. 10 a 30 dias
4. Mais de 30 dias
- D9. Qual foi o resultado do seu último teste para AIDS?
1. Não quero dizer
2. Positivo
3. Negativo
4. Não sei
- D10. Como você avalia suas chances de se infectar com o vírus da Aids atualmente (na última semana)?
1. Não quero responder
2. Nenhuma chance
3. Pouca chance
4. Grande chance
5. Não sei

BLOCO E: DISCRIMINAÇÃO E VIOLÊNCIA

- E1. Nos últimos 12 meses, você se sentiu discriminado (tratado pior do que os seus colegas) por alguma pessoa ou instituição: [este pergunta deve ficar “fixa” na tela para as questões E1.1 a E1.4]
- E1.1 Por sua cor ou raça?
1. Sim
2. Não
- E1.2. Por falta de dinheiro ou condição social ?
1. Sim
2. Não
- E1.3. Pelo fato de você usar drogas?
1. Sim
2. Não
- E1.4. Por sua opção sexual?
1. Sim
2. Não
- E2. Nos últimos 12 meses, com que frequência alguém xingou, humilhou, ou fez com que você se sentisse mal a respeito de si mesmo (a)?
1. Nenhuma vez
2. Uma vez
3. Poucas vezes
4. Muitas vezes
- E3. Nos últimos 12 meses, com que frequência alguém ameaçou bater em você?
1. Nenhuma vez
2. Uma vez
3. Poucas vezes
4. Muitas vezes

- E4. Nos últimos 12 meses, com que frequência alguém agrediu você fisicamente, ou seja, você levou socos, tapas, chutes, empurrões ou machucou você com algum objeto?
1. Nenhuma vez
 2. Uma vez
 3. Poucas vezes
 4. Muitas vezes [Se 1: vá para E6]
- E5. Quem lhe agrediu fisicamente?
1. Companheiro(a), cônjuge ou parceiro(a) sexual fixo(a)
 2. Parceiro(a) sexual não fixo(a)
 3. Familiar
 4. Conhecido
 5. Autoridade policial
 6. Desconhecido (assaltante, bandido, ladrão etc)
 7. Outro usuário de droga ou um traficante
- E6. Alguma vez na vida alguém forçou você fisicamente a ter relações sexuais contra a sua vontade?
1. Sim
 2. Não
- E7. Alguma vez na vida você forçou alguém a ter relações sexuais com você, contra a vontade dessa pessoa?
1. Sim
 2. Não

BLOCO F: COMPORTAMENTO SEXUAL

- F1. Com que idade você teve a sua primeira relação sexual?
1. Menos de 10 anos
 2. 11-14 anos
 3. 15-18 anos
 4. Mais do que 18 anos
 5. Nunca tive relações sexuais
 6. Não lembro
- F2. A pessoa com quem você teve sua primeira relação sexual era:
1. Homem
 2. Mulher
 3. Travesti
- F3. Você usou camisinha nesta primeira relação sexual?
1. Sim
 2. Não
 3. Não lembro
- F4. Atualmente, de uma maneira geral, você tem relações sexuais:
1. Somente com homens
 2. Somente com mulheres
 3. Normalmente com homens, mas às vezes com mulheres
 4. Normalmente com mulheres, mas às vezes com homens

Parceiros comerciais

Agora, vamos perguntar sobre suas experiências sexuais durante os últimos 12 meses com parceiros comerciais, ou seja, alguém com quem você transou e recebeu dinheiro ou drogas, ou ofereceu dinheiro ou drogas em troca de sexo.

- F5. Nos últimos 12 meses, você recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo de algum parceiro (a) sexual?
1. Sim
 2. Não [Se 2: vá para F8]
- F6. Nos últimos 12 meses, quantas pessoas deram dinheiro ou drogas a você para ter relações sexuais?
1. Uma pessoa
 2. 2 a 5 pessoas
 3. 6 a 10 pessoas
 4. Mais de 10 pessoas

- F7. Nessas situações em que você recebeu dinheiro ou drogas em troca de sexo, nos últimos 12 meses, com que frequência você usou camisinha?
1. Nenhuma vez
 2. Menos da metade das vezes
 3. Mais da metade das vezes
 4. Todas as vezes
- F8. Nos últimos 12 meses, você deu dinheiro ou drogas para alguma pessoa fazer sexo com você?
1. Sim
 2. Não [Se 2: vá para “Parceiros eventuais/casuais”]
- F9. Nos últimos 12 meses, quantas pessoas você deu dinheiro ou drogas para fazer sexo com você?
1. Uma pessoa
 2. 2 a 5 pessoas
 3. 6 a 10 pessoas
 4. Mais de 10 pessoas
- F10. Nessas situações em que você deu dinheiro ou drogas para alguém fazer sexo com você, com que frequência você usou camisinha nos últimos 12 meses?
1. Nenhuma vez
 2. Menos da metade das vezes
 3. Mais da metade das vezes
 4. Todas as vezes

Parceiros eventuais/casuais

Agora, vamos perguntar sobre suas experiências sexuais durante os últimos 12 meses com parceiros eventuais/casuais com quem você manteve ou mantém teve relações sexuais sem regularidade. Parceiro eventual/casual é alguém com quem você transou uma vez ou mais sem nenhuma regularidade e para quem você não recebe/dá dinheiro ou drogas para ter relações sexuais. Pode ser um paquera, ficante, rolos, etc. [este texto deve aparecer na tela antes das perguntas seguintes]

- F11. Você teve relações sexuais com parceiros (as) eventuais/casuais nos últimos 12 meses?
1. Sim
 2. Não [Se 2: vá para “Parceiros Fixos”]
- F12. Com quantos (as) parceiros (as) eventuais/casuais você teve relação sexual nos últimos 12 meses?
1. Um parceiro (a) casual
 2. 2 a 5 parceiros (as) casuais
 3. 6 a 10 parceiros (as) casuais
 4. Mais de 10 parceiros (as) casuais
- F13. E com esses parceiros (as) eventuais/casuais, você usou camisinha nos últimos 12 meses?
1. Nenhuma das vezes [Se 1: vá para “Parceiros Fixos”]
 2. Menos da metade das vezes
 3. Mais da metade das vezes
 4. Todas as vezes
- F14. Pensando somente na última relação sexual com algum parceiro (a) eventual/casual nos últimos 12 meses, vocês usaram camisinha?
1. Sim
 2. Não
 3. Não lembro

Parceiros fixos

Agora, vamos falar de suas experiências sexuais somente durante os últimos 12 meses (último ano). Vamos começar perguntando sobre parceiros fixos com quem você manteve ou mantém relações sexuais regularmente. Parceiro fixo pode ser um namorado (a), esposa/marido, companheiro (a) ou alguém com quem você vive e de quem você não recebe/dá nenhum dinheiro ou drogas para ter sexo. [este texto deve aparecer na tela antes das perguntas seguintes]

- F15. Você teve relação sexual com parceiros (as) fixos nos últimos 12 meses?
1. Sim
 2. Não [Se 2: vá para F19]
- F16. Com quantos (as) parceiros (as) fixos (as) você teve relação sexual nos últimos 12 meses?

1. Um parceiro (a) fixo (a)
2. 2 a 5 parceiros (as) fixos (as)
3. 6 a 10 parceiros (as) fixos (as)
4. Mais de 10 parceiros (as) fixos (as)

F17. E com esses parceiros (as) fixos (as), você usou camisinha nos últimos 12 meses?

1. Nenhuma das vezes [Se 1: vá para F19]
2. Menos da metade das vezes
3. Mais da metade das vezes
4. Todas as vezes

F18. Pensando somente na última relação sexual com algum parceiro (a) fixo (a) nos últimos 12 meses, vocês usaram camisinha?

1. Sim
2. Não
3. Não lembro

F19. Em relação à seguinte afirmação: “o uso de álcool ou drogas pode fazer com que a pessoa se esqueça ou não se importe em não usar camisinha”, você:

1. Concorda
2. Discorda

F20. Isso já aconteceu com você?

1. Sim
2. Não

BLOCO G: USO DE ÁLCOOL E DROGAS

G1. Você tomou bebida alcoólica de qualquer tipo (cerveja, vinho, licores, etc) nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não
9. Não quero responder

[Se 2 ou 9: vá para G3]

G2. Nos últimos 12 meses, com que frequência você tomou bebida alcoólica?

1. Menos de 1 dia por semana
2. Até 3 dias por semana
3. 4-6 dias por semana
4. Todos os dias da semana

G2.1. Nos últimos 30 dias, com que frequência você tomou bebida alcoólica?

1. Não tomei bebida alcoólica
2. Menos de 1 dia por semana
3. Até 3 dias por semana
4. 4-6 dias por semana
5. Todos os dias da semana

G3. Você usou maconha ou haxixe nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não
9. Não quero responder

[Se 2 ou 9: vá para G5]

G4. Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou maconha ou haxixe?

1. Menos de 1 dia por semana
2. Até 3 dias por semana
3. 4-6 dias por semana
4. Todos os dias da semana

G4.1. Nos últimos 30 dias, com que frequência você usou maconha ou haxixe?

1. Não usei
2. Menos de 1 dia por semana
3. Até 3 dias por semana
4. 4-6 dias por semana

5. Todos os dias da semana

G5. Nos últimos 12 meses, você usou cocaína em pó?

1. Sim
2. Não
9. Não quero responder

[Se 2 ou 9: vá para G9]

G6. Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou cocaína em pó?

1. Menos de 1 vez por mês
2. Menos de 1 dia por semana
3. Até 3 dias por semana
4. 4-6 dias por semana
5. Todos os dias da semana

G6.1. Nos últimos 30 dias, com que frequência você usou cocaína em pó?

1. Não usei
2. Menos de 1 vez por mês
3. Menos de 1 dia por semana
4. Até 3 dias por semana
5. 4-6 dias por semana
6. Todos os dias da semana

G7. Como você usou cocaína em pó nos últimos 12 meses? (Se for o caso, marque mais de uma opção)

1. Fumada (com outra droga)
2. Injetada (na veia)
3. Pelo nariz, em pó
4. Outra
9. Não quero responder

G8. Como você usou cocaína com mais frequência nos últimos 12 meses?

1. Injetada (na veia)
2. Pelo nariz, em pó
3. Outra forma
9. Não quero responder

G9. Nos últimos 12 meses, você usou *crack*?

1. Sim
2. Não
9. Não quero responder

[Se 2 ou 9: vá para G11]

G10. Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou *crack*?

1. Menos de 1 vez por mês
2. Menos de 1 dia por semana
3. Até 3 dias por semana
4. 4-6 dias por semana
5. Todos os dias da semana

G10.1- Nos últimos 30 dias, com que frequência você usou *crack*?

1. Não usei
2. Menos de 1 vez por mês
3. Menos de 1 dia por semana
4. Até 3 dias por semana
5. 4-6 dias por semana
6. Todos os dias da semana

G11. Nos últimos 12 meses, você usou pasta base?

1. Sim
2. Não
9. Não conheço/não quero responder

[Se 2 ou 9: vá para G13]

G12. Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou pasta base?

1. Menos de 1 vez por mês
2. Menos de 1 dia por semana
3. Até 3 dias por semana
4. 4-6 dias por semana
5. Todos os dias da semana

G12.1 Nos últimos 30 dias, com que frequência você usou pasta base?

1. Não usei
2. Menos de 1 vez por mês
3. Menos de 1 dia por semana
4. Até 3 dias por semana
5. 4-6 dias por semana
6. Todos os dias da semana

G13. Nos últimos 12 meses, você usou ecstasy ou outras drogas sintéticas?

1. Sim
2. Não
9. Não quero responder

[Se 2 ou 9: vá para G15]

G14. Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou ecstasy ou outras drogas sintéticas?

1. Menos de 1 vez por mês
2. Menos de 1 dia por semana
3. Até 3 dias por semana
4. 4-6 dias por semana
5. Todos os dias da semana

G14. Nos últimos 30 dias, com que frequência você usou ecstasy ou outras drogas sintéticas?

1. Não usei
2. Menos de 1 vez por mês
3. Menos de 1 dia por semana
4. Até 3 dias por semana
5. 4-6 dias por semana
6. Todos os dias da semana

G15. Nos últimos 12 meses, você usou anfetaminas ou metanfetaminas (rebites)?

1. Sim
2. Não
9. Não quero responder

[Se 2 ou 9: vá para G18]

G16. Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou anfetaminas/ metanfetaminas ?

1. Menos de 1 vez por mês
2. Menos de 1 dia por semana
3. Até 3 dias por semana
4. 4-6 dias por semana
5. Todos os dias da semana

G16.1 Nos últimos 30 dias, com que frequência você usou anfetaminas/ metanfetaminas ?

1. Não usei
2. Menos de 1 vez por mês
3. Menos de 1 dia por semana
4. Até 3 dias por semana
5. 4-6 dias por semana
6. Todos os dias da semana

G17. Como você consumiu anfetaminas/metanfetaminas nos últimos 12 meses? (Se for o caso, marque mais de uma opção)

1. Ingerida (comprimido)
2. Injetada (na veia)
9. Não quero responder

G18. Você usou tranqüilizantes, sedativos ou comprimidos para dormir, que não foram receitados por um médico nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não
9. Não quero responder

[Se 2 ou 9: vá para G20]

G19. Nos últimos 12 meses, com que freqüência você usou tranqüilizantes, sedativos ou comprimidos para dormir sem prescrição médica?

1. Menos de 1 vez por mês
2. Menos de 1 dia por semana
3. Até 3 dias por semana
4. 4-6 dias por semana
5. Todos os dias da semana

G19.1. Nos últimos 30 dias, com que freqüência você usou tranqüilizantes, sedativos ou comprimidos para dormir sem prescrição médica?

1. Não usei
2. Menos de 1 vez por mês
3. Menos de 1 dia por semana
4. Até 3 dias por semana
5. 4-6 dias por semana
6. Todos os dias da semana

G20. Você usou alucinógenos, como LSD, ácido, etc nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não
9. Não quero responder

[Se 2 ou 9: vá para G22]

G21. Nos últimos 12 meses, com que freqüência você usou alucinógenos?

1. Menos de 1 vez por mês
2. Menos de 1 dia por semana
3. Até 3 dias por semana
4. 4-6 dias por semana
5. Todos os dias da semana

G21.1. Nos últimos 30 dias, com que freqüência você usou alucinógenos?

1. Não usei
2. Menos de 1 vez por mês
3. Menos de 1 dia por semana
4. Até 3 dias por semana
5. 4-6 dias por semana
6. Todos os dias da semana

G22. Alguma pessoa do seu círculo de amizade ou convívio usou drogas nos últimos 12 meses?

1. Sim
2. Não
9. Não quero responder

G23. Alguma dessas pessoas era... ? (se necessário, marque mais de uma opção)

1. Alguém que ajuda outras pessoas a injetar drogas
2. Parceiro(a) sexual principal
3. Outro(a) parceiro(a) sexual
4. Parente
5. Amigo
6. Conhecido

G24. Alguma vez você recebeu tratamento para interromper ou reduzir o consumo de drogas?

7. Sim
8. Não
9. Não quero responder

[Se 2 ou 8: vá para G26]

- G25. Você está ou esteve em tratamento para interromper ou reduzir o consumo de drogas nos últimos 12 meses?
1. Sim
 2. Não
 9. Não quero responder

- G26. Você usou drogas injetáveis nos últimos 12 meses?
1. Sim
 2. Não
 9. Não quero responder

[Se 2 ou 9: vá para G29]

- G27. Nos últimos 12 meses, com que frequência você usou drogas injetáveis?
1. Menos de 1 vez por mês
 2. Menos de 1 dia por semana
 3. Até 3 dias por semana
 4. 4-6 dias por semana
 5. Todos os dias da semana

- G28. Nos últimos 12 meses, com que frequência você se injetou com seringa/agulha que havia sido usada antes por outra pessoa?
1. Nunca
 2. Menos da metade das vezes
 3. A metade das vezes
 4. Mais da metade das vezes
 5. Sempre

- G28.1 Nos últimos 30 dias, com que frequência você usou drogas injetáveis?
1. Não usei
 2. Menos de 1 vez por mês
 3. Menos de 1 dia por semana
 4. Até 3 dias por semana
 5. 4-6 dias por semana
 6. Todos os dias da semana

- G29. Alguma vez você esteve em centro de recuperação para menores por cometer delitos?
1. Sim
 2. Não
 9. Não quero responder

[Se 2 ou 9: vá para G31]

- G30. Alguma vez você usou drogas nesses centros?
1. Sim
 2. Não
 9. Não quero responder

- G31. Alguma vez você já esteve preso?
1. Sim
 2. Não
 9. Não quero responder

[Se 2 ou 9: FIM]

- G32. Alguma vez você usou drogas injetáveis dentro da prisão?
1. Sim
 2. Não
 9. Não quero responder

[FIM da entrevista]

Obrigada por sua participação!

Comunique à nossa equipe de pesquisa sobre o término da entrevista.

Anexo E – Algoritmo do Teste Rápido para HIV

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
PORTARIA Nº 34, DE 28 DE JULHO DE 2005

Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais.

O SECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, no uso das atribuições que lhe confere o Art.36 do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003,e

Considerando que o conhecimento do status sorológico da infecção pelo HIV e a precocidade do diagnóstico torna possível à adoção de medidas que possibilitam a interrupção da cadeia de transmissão, além de permitir uma atenção adequada para os indivíduos infectados;

Considerando que, em alguns locais do país, há a ausência de uma rede de laboratórios que permita um atendimento eficiente e integral da demanda de testes anti-HIV existente;

Considerando que o Ministério da Saúde promoveu uma avaliação do uso dos testes rápidos, que validou o seu uso para o diagnóstico da infecção do HIV; e

Considerando a necessidade de buscar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde, resolve:

Art. 1º - Regulamentar a realização de testes rápidos para diagnóstico de infecção pelo HIV em serviços de saúde e maternidades, como estratégia de ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV.

Art. 2º - O diagnóstico da infecção pelo HIV poderá ser realizado em serviços de saúde localizados em áreas de “difícil acesso” e maternidades, em parturientes que não tenham sido testadas para o anti-HIV no pré-natal.

Parágrafo único. Nos demais casos em que haja necessidade da implantação dessa estratégia, de acordo com a definição da Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS/MS, utilizar-se-á os testes rápidos para detecção de anticorpos anti-HIV.

Art. 3º - O procedimento de realização dos testes rápidos somente poderá ser feito de acordo com normatização definida pela SVS/MS, a partir do resultado do estudo de avaliação dos referidos testes, conforme disposto no Anexo desta portaria.

Parágrafo único. Os procedimentos seqüenciados de que trata o Anexo desta Portaria, somente poderão ser aplicados em serviços de saúde e de acordo com cronograma de implantação estabelecido pela SVS/MS.

Art. 4º - Os testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV serão realizado exclusivamente por profissionais de saúde capacitados, segundo programa de treinamento a ser definido pela SVS/MS.

Art. 5º - O diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se testes rápidos somente poderá ser utilizado em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses.

Art. 6º - Todos os laboratórios públicos, privados e conveniados que realizam testes para detecção de anticorpos anti-HIV deverão seguir, obrigatoriamente, o disposto na Portaria nº 59/GM, de 28 de janeiro de 2003.

Art. 7º - As instituições privadas poderão realizar os testes rápidos com recursos próprios, desde que:

I. Adquiram os testes definidos pela SVS/MS;

II. Desenvolvam programa de treinamento para a realização dos testes rápidos, que deverá ser submetido para apreciação e aprovação da SVS/MS; e

III. Atendam ao disposto no Anexo desta Portaria.

Art. 8º - O Ministério da Saúde, por meio da SVS, responsabilizar-se-á pela aquisição e distribuição dos testes rápidos aos serviços de saúde e maternidades públicas, onde achar pertinente a aplicação destes.

§ 1º Os testes rápidos deverão ser submetidos a uma análise de controle no Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde - INCQS/FIOCRUZ, antes da conclusão do processo licitatório para a sua aquisição.

§ 2º A aquisição será efetivada após atender:

a) aprovação do INCQS/FIOCRUZ; e

b) registro no Ministério da Saúde.

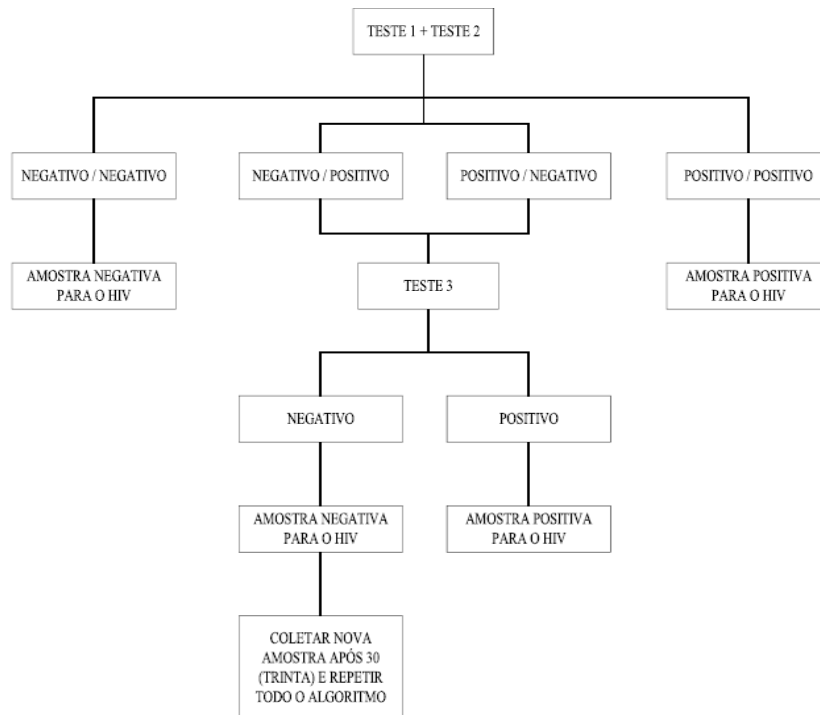
Art. 9º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JARBAS BARBOSA DA SILVA JÚNIOR

ANEXO

Procedimentos seqüenciados para realização do diagnóstico da infecção pelo HIV utilizando-se testes rápidos em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses

Com o objetivo de realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV, utilizando-se os testes rápidos, é exigido o cumprimento rigoroso dos procedimentos seqüenciados de acordo com o seguinte algoritmo:



Todos os conjuntos de diagnóstico utilizados deverão estar obrigatoriamente registrados no Ministério da Saúde e deverão ter sido submetidos a uma análise de controle.

Os serviços de saúde que realizam testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV deverão adotar, obrigatoriamente, a realização de dois testes - T1 e T2 - em paralelo, nesta primeira etapa de testes de qualquer amostra de sangue total, soro ou plasma. Os dois primeiros imunoenaios deverão apresentar valores de sensibilidade de 100% na análise de controle a ser realizada no INCQS/FIOCRUZ.

a) As amostras negativas nos dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra negativa para HIV”;

b) As amostras que apresentarem resultados positivos nos dois testes rápidos terão seu resultado definido como “Amostra positiva para HIV”;

Em caso de resultados discordantes nos dois primeiros ensaios, a amostra deverá ser submetida a um terceiro teste rápido - T3, que deverá apresentar valor igual ou superior a 99,5% de especificidade na análise de controle a ser realizada no INCQS.

a) Quando o terceiro teste apresentar resultado positivo, a amostra será considerada “positiva para HIV”;

b) Quando o terceiro teste apresentar resultado negativo, a amostra será considerada “negativa para o HIV”. Nesse caso, recomenda-se proceder à coleta de uma segunda amostra, 30 dias após a emissão do resultado da primeira amostra e repetir todo o conjunto de procedimentos seqüenciados.

OBSERVAÇÕES:

1) A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a 18 meses não caracteriza infecção, devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

2) Deverão constar dos laudos do diagnóstico da infecção pelo HIV o nome do ensaio e as metodologias de cada conjunto de diagnóstico.

3) Todos os conjuntos de diagnóstico deverão ser capazes de detectar anticorpos anti-HIV-1 e anti-HIV-2

Anexo F – TCLE: BED& Genotipagem. Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Pesquisa: Validação da estrutura das redes sociais por meio da filodinâmica e assinaturas moleculares e da identificação de soroconvertores recentes por meio da utilização do teste BED-CEIA (Ensaio Imunoenzimático Competitivo de Captura para IgG)

Pesquisadora responsável: Monica Malta
 PesquisadoraS Co-Responsável: Mariza Morgado
 Pesquisadoras CO-Responsáveis-Recife: Naíde Teodósio V. Santos e Ana Maria de Brito

Natureza da Pesquisa: Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, que tem como objetivo conhecer melhor o tipo de vírus do HIV que está infectando você. Esta infecção pelo HIV foi diagnosticada pelos testes rápidos que você acabou de fazer, depois de ter respondido a nossa entrevista no computador.

O tratamento para AIDS melhorou bastante a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV, o vírus que causa a AIDS. Estes tratamentos diminuíram as infecções que pessoas com HIV costumam ter, como pneumonia e tuberculose, que acontecem quando o organismo está enfraquecido. Os tratamentos que existem hoje para a AIDS também ajudam a melhorar as defesas do seu organismo contra essas infecções e diminuem a quantidade de vírus do HIV que você pode ter no seu sangue. Nós queremos conhecer melhor o tipo de vírus que está infectando você, para podermos estudar quais os melhores tratamentos para você, entre os medicamentos que o Ministério da Saúde distribui de graça.

Se você concordar em participar desta segunda etapa do nosso estudo, nós iremos coletar dois tubos com 5ml de sangue venoso cada, quer dizer, sangue colhido em alguma veia do seu braço (ou equivalente). Este exame é parecido com um exame de sangue de rotina, que você pode ter feito para avaliar se tem ou não anemia ou diabetes.

Os dois objetivos deste exame de sangue são:

- 1) fazer um teste chamado de teste BED. Este teste vai avaliar, com razoável segurança, se você foi infectado pelo HIV recentemente (ou seja, há poucos dias ou meses) ou se sua infecção é mais antiga;
- 2) fazer um teste chamado de genotipagem. O objetivo deste teste é saber qual o tipo do vírus do HIV que lhe infectou.

Esses dois testes podem nos ajudar a compreender melhor o tipo de infecção que você tem. Mas o resultado desses testes não vai influenciar de forma nenhuma seu acesso ao tratamento para a sua infecção pelo HIV. O resultado desses testes também não vai influenciar a decisão do seu médico de começar ou mudar seu tratamento.

Esse estudo nos ajudará a conhecer melhor quantas infecções pelo vírus da AIDS são recentes ou antigas, e permitirá conhecer quais os subtipos do vírus que vêm infectando mais frequentemente os brasileiros.

O resultado dos seus exames também poderá ajudar seu médico a decidir qual o melhor tratamento para você no futuro, mas a decisão final sobre seu tratamento será sempre do seu médico.

Procedimentos: Se você decidir participar desta pesquisa, nós iremos colher com uma seringa esterilizada 30 ml (equivalente a 4 colheres de sopa) de sangue para fazer os dois exames.

O seu sangue será guardado em uma geladeira deste serviço de saúde, e depois será levado para o laboratório da Dra. Mariza Morgado, localizado no Rio de Janeiro, no endereço abaixo:

Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Laboratório de AIDS e Imunologia Molecular, Av. Brasil 4365- Pavilhão 26- sala 413, Manguinhos- Rio de Janeiro- Brasil. CEP:21045900. Tel: 55 21 38658106.

Lá serão feitos os dois exames no seu sangue, e você deverá receber os resultados em, no máximo, 3 meses. Somente você receberá os resultados, mas é importante que você leve estes resultados para seu médico.

Não espere os resultados desses exames para começar seu tratamento para o vírus da AIDS, converse com seu médico.

Riscos e desconfortos: Para colher seu sangue, você poderá sentir um pequeno desconforto no lugar da picada da agulha, e depois desse exame você poderá ficar com uma pequena marca roxa neste local. Para diminuir estes problemas, serão utilizados equipamentos modernos para coletar seu sangue e as pessoas responsáveis por colher seu sangue são experientes e bem treinadas.

Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são confidenciais. Somente os pesquisadores terão conhecimento dos dados, colhidos através da aplicação de questionários eletrônicos e dos resultados dos exames de laboratório. Seu nome não estará escrito em nenhum lugar, a não ser neste documento de consentimento. Seu nome ou de nenhum outro participante será divulgado.

A autorização que você está nos dando é para a realização somente do exame do material genético do vírus da AIDS. Você tem a garantia dos pesquisadores responsáveis que não serão desenvolvidas quaisquer pesquisas envolvendo o DNA humano (das quais você já pode ter ouvido falar, como nos testes de paternidade ou na avaliação das chances de algumas pessoas terem algumas doenças).

Participação na pesquisa: Sua participação neste estudo é inteiramente voluntária. Se você não desejar participar, você não será prejudicado de nenhuma forma no atendimento que você recebe nesta ou em qualquer outra unidade de saúde. Você poderá ter acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma para esclarecimento de eventuais dúvidas e poderá ter acesso atualizado aos seus resultados em qualquer momento do estudo. Poderá também sair da pesquisa, se assim desejar, a qualquer momento, sem prejuízo algum para o seu acompanhamento médico.

Consentimento: Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li sobre o estudo, ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o(a) entrevistador(a) sobre a minha decisão em participar e tive a oportunidade de fazer perguntas, as quais foram respondidas. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e eventuais riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação não interfere em meu tratamento.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo do meu acompanhamento médico. A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores a utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Recife, ____ de _____ de 2009

Nome do participante: _____ Assinatura do participante: _____

Nome do pesquisador: _____ Assinatura do pesquisador: _____

CARTÃO DE CONTATO PARA O PARTICIPANTE

No Rio de Janeiro:

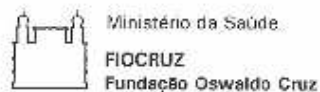
Para falar com Mônica Malta, pesquisadora responsável pelo estudo, você pode telefonar para: (21) 2598-2715, ou encontrá-la em seu escritório na Fundação Oswaldo Cruz, rua Leopoldo Bulhões Nº 1480, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), Sala 905, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 21041-210;

Você pode também tirar suas dúvidas com Dr^a. Mariza Morgado, coordenadora do Laboratório de AIDS da FIOCRUZ, através do telefone: (21)3865-8106. Você pode também encontrá-la em seu Laboratório na Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil Nº 4365, Pavilhão 26, Sala 413, Manguinhos, Rio de Janeiro/RJ, CEP 21045-900.

Se você tiver outras perguntas sobre seus direitos como participante da pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética Em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, pelo telefone (21) 2598-2863 ou no endereço: Rua Leopoldo Bulhões, Nº. 1480 SALA 314, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 21041-210.

Em Recife:

Para falar com Ana Maria de Brito ou Naíde Teodósio Valois, pesquisadoras responsáveis pelo estudo em Recife, você pode telefonar para: (81) 2101-2603, ou encontrá-las em seu escritório no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - Fundação Oswaldo Cruz, Av. Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária - Recife - PE. CEP: 50.670-420.

Anexo G – Questionário de seguimento dos convites. Projeto *Onda da Saúde*, 2009

Taxas de infecção de HIV e Sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas as infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros

Formulário de Seguimento dos Convites

<p>ETIQUETA ID</p>

<input type="checkbox"/> Revisado pelo supervisor
<hr/> Assinatura/data

Gostaríamos de saber como foi sua experiência ao convidar voluntários para participar da pesquisa. Sua informação é muito importante para nós. Por favor, responda as questões abaixo. Fique à vontade para não responder qualquer questão.

Data da entrevista: / /

1. Quantos convites você recebeu da pessoa que lhe atendeu na pesquisa?
(Anote o número de Convites)

convites.

2. Você entregou todos os convites?

SIM NÃO

2.1. Se não, qual foi o motivo?

Não encontrei a/uma pessoa para quem gostaria de ter dado

Perdi o convite

Não gostei de ter participado

Não conhecia ninguém elegível para participar

Outro: _____

3. Teve alguma pessoa que pegou o convite, mas você sabe que não veio?

SIM NÃO

3.1. Se sim, qual foi o motivo? (Marque quantas alternativas quiser)

Ela perdeu o convite

Medo de pensarem que ele é usuário de droga

Medo de outras pessoas saberem o que foi falado

Medo de outras pessoas saberem o resultado dos exames

Muito ocupado, sem tempo

O tempo que a pessoa leva para participar

Não estava interessado em participar da pesquisa

Não queria fazer o teste para sífilis/hiv

Não sei

Outro: _____



33363

4. Teve alguma pessoa que recusou o seu convite?

SIM NÃO

4.1. Se sim, qual foi o motivo? (Marque quantas alternativas quiser)

- Medo de pensarem que ele é usuário de droga
 Medo de outras pessoas saberem o que foi falado
 Medo de outras pessoas saberem o resultado dos exames
 Muito ocupado, sem tempo
 O tempo que a pessoa leva para participar
 Não estava interessado em participar da pesquisa
 Não queria fazer o teste para sífilis/hiv
 Não sei
 Outro: _____

5. Responda, por favor, para quem você deu cada um dos convites que você recebeu na pesquisa:

Convite 1	Convite 2	Convite 3
<input type="checkbox"/> Melhor amigo	<input type="checkbox"/> Melhor amigo	<input type="checkbox"/> Melhor amigo
<input type="checkbox"/> Amigo ou conhecido	<input type="checkbox"/> Amigo ou conhecido	<input type="checkbox"/> Amigo ou conhecido
<input type="checkbox"/> Companheiro, namorado	<input type="checkbox"/> Companheiro, namorado	<input type="checkbox"/> Companheiro, namorado
<input type="checkbox"/> Alguém com quem transou	<input type="checkbox"/> Alguém com quem transou	<input type="checkbox"/> Alguém com quem transou
<input type="checkbox"/> Parente	<input type="checkbox"/> Parente	<input type="checkbox"/> Parente
<input type="checkbox"/> Colega de trabalho	<input type="checkbox"/> Colega de trabalho	<input type="checkbox"/> Colega de trabalho
<input type="checkbox"/> Uma pessoa desconhecida	<input type="checkbox"/> Uma pessoa desconhecida	<input type="checkbox"/> Uma pessoa desconhecida
<input type="checkbox"/> Outra pessoa. Quem?	<input type="checkbox"/> Outra pessoa. Quem?	<input type="checkbox"/> Outra pessoa. Quem?
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>
<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>

6. Além dos convites que você recebeu aqui na pesquisa para entregar para seus convidados, você recebeu outros convites para você repassar para outras pessoas?

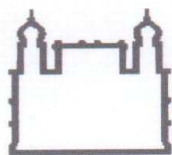
SIM NÃO

6.1. Se sim, quantos convites você recebeu?

7. Sua opinião sobre a pesquisa é muito importante para nós. Se você quiser, escreva sua opinião ou sugestão abaixo.

Obrigada por ter participado dessa pesquisa!

Anexo H – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP/Fiocruz. Projeto *Onda da Saúde*, 2009



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 01 de julho de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 90/08 CAAE: 0114.0.031.000-0

Título do Projeto: “Taxas de infecção de HIV e sífilis e inventário de conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Mônica Siqueira Malta

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca-ENSP/Fiocruz

Tipo do projeto: Projeto individual

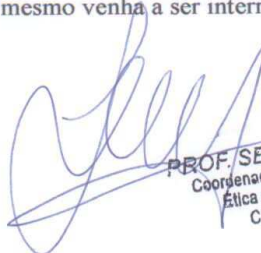
Data de recebimento no CEP-ENSP: 21 / 05 / 2008

Data de apreciação: 04 / 06 / 2008

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PROF. SERGIO REGO
Coordenador do Comitê de
Ética em Pesquisa
CEPIENSP

Anexo I – Carta de Anuência. Secretaria de Saúde do Recife . Projeto *Onda da Saúde*, Recife, 2009



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Ana Maria de Brito et all**, pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz – CPqAM/FIOCRUZ, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário III da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título **“Taxas de Infecção de HIV e Sífilis e Inventário de Conhecimento, Atitudes e Práticas de Risco Relacionadas às Infecções Sexualmente Transmissíveis entre Usuários de Drogas em 10 Municípios Brasileiros”**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum paciente será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 12 de agosto de 2009.

Washington Cavalcanti
Diretor Geral de Gestão do Trabalho em exercício

Washington Cavalcanti
Gerente de Gestão de Pessoas
DGGT/SS Mat. 68.752-9

Anexo J – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM/Fiocruz. Pesquisa Nacional Perfil dos Usuários de Crack nas 26 capitais, Distrito Federal e 9 Regiões Metropolitanas, 2011-2013



Título do Projeto: "Perfil de usuários de crack nas 26 capitais, Distrito Federal, 9 regiões metropolitanas e Brasil".

Pesquisador responsável: Naide Teodósio Valois Santos.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/FIOCRUZ

Data de apresentação ao CEP: 23/03/2011

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 10/11

Registro no CAAE: 0008.0.095.031-11

PARECER Nº 17/2011

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 01 de junho de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 01 de junho de 2011.

Naide Teodósio Valois Santos
 Naide Teodósio Valois Santos
 Coordenadora
 SML SAPE 048379
 CPqAM / FIOCRUZ

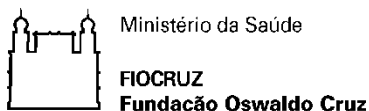
Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 01/06/2012.

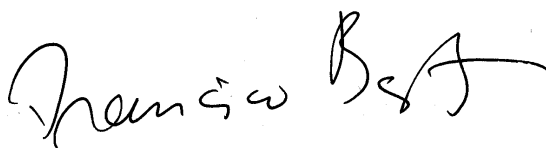
Campus da UFPE - Av. Moraes Regis, s/n
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
 Recife - PE - Brasil
 comiteceetica@cpqam.fiocruz.br



Anexo K – Carta de Anuência - Uso de bancos de dados**DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA
USO DE BANCO DE DADOS**

Autorizo a aluna Naide Teodósio Valois Santos do Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz, a utilizar os bancos de dados sob minha coordenação referentes às Pesquisas intituladas “Taxas de prevalência de HIV e sífilis e inventário de conhecimentos, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis entre usuários de drogas em 10 municípios brasileiros” e “Perfil dos Usuários de *Crack* nas 26 capitais, Distrito Federal e 9 Regiões Metropolitanas”, para o desenvolvimento de seu projeto de tese intitulado “Vulnerabilidade e prevalência de HIV em usuários de drogas no Recife”.

Rio de Janeiro, 3 de junho de 2013



Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro Bastos
Departamento de Informações em Saúde/Centro de Informação Científica e Tecnológica/
Fundação Oswaldo Cruz